



N.º 225

ANTÓNIO DE PÁDUA

Cancro uterino

Seu tratamento
pela operação de Wertheim

21316 FHP

OUTUBRO
DE 1925

Cancro uterino

ANTÓNIO DE PÁDUA

Cancro uterino

Seu tratamento
pela operação de Wertheim

Tese de doutoramento
apresentada à
Faculdade de Medicina do Pôrto

TIP. MARQUES
OUTUBRO DE 1925

Faculdade de Medicina do Pôrto

DIRECTOR

Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães

SECRETÁRIO

Dr. Hernâni Bastos Monteiro

CORPO DOCENTE

PROFESSORES ORDINÁRIOS

Higiene	Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior
Patologia geral	Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar
Patologia cirúrgica	Dr. Carlos Alberto de Lima
Dermatologia e sifiligrafia	Dr. Luís de Freitas Viegas
Terapêutica geral	Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Anatomia patológica	Dr. António Joaquim de Sousa Júnior
Clínica médica	Dr. Tiago Augusto de Almeida
Anatomia descritiva	Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Clínica cirúrgica	Dr. Álvaro Teixeira Bastos
Psiquiatria	Dr. António de Sousa Magalhães Lemos
Medicina legal	Dr. Manuel Lourenço Gomes
Histologia e embriologia	Dr. Abel de Lima Salazar
Pediatria	Dr. António de Almeida Garrett
Patologia médica	Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Bacteriologia e doenças infecciosas	Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão
Anatomia cirúrgica	Dr. Hernâni Bastos Monteiro
Clínica obstétrica	Dr. Manuel António de Moraes Frias
Fisiologia geral e especial	Vaga
Farmacologia	Vaga
Parasitologia e doenças parasitárias	Vaga

PROFESSORES JUBILADOS

Dr. Pedro Augusto Dias

Dr. Augusto Henrique de Almeida Brandão

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.

Art. 15.º § 2.º do *Regulamento Privativo da Faculdade
de Medicina do Porto, de 3 de Janeiro de 1920.*

À memória de meus Pais

A memória do Prof. Daniel de Matos

Ao Ex.^{mo} Snr.

Prof. Dr. Álvaro Teixeira Bastos

À minha maior admiração junto
o profundo reconhecimento pelo
muito que lhe devo como discí-
pulo, como amigo e como doente.

Ao Ex.^{mo} Snr.

Dr. José Rodrigues d'Oliveira

Um abraço em que vai tôda
a gratidão do amigo e doente.

Ao Ex.^{mo} Snr.

Dr. Manuel de Carvalho

Muita gratidão.

Ao Corpo Docente

da

Faculdade de Medicina do Pôrto

Delos serviços clínicos que uns
me prestaram, pelo interesse de
todos, com a minha admiração e
o meu respeito, o mais sincero
reconhecimento.

Aos meus companheiros de trabalho

Dr. João d'Almeida

Dr. Gaspar Augusto de Melo Pestana

Um grande abraço

Os cancros uterinos propriamente ditos são de natureza epitelial (Faure).

É destes que vamos tratar.

Freqüentando há quatro anos o serviço de 2.^a clínica cirúrgica da Faculdade de Medicina do Pôrto, no primeiro ano como aluno da mesma cadeira, depois como 2.^o assistente, eu tive ocasião de ver como é grande o número de cancerosos que passam por aquele serviço.

Impressionado por esses números consultei os arquivos do serviço, e, no departamento dos cancros uterinos, fui encontrar, de Outubro de 1918 a Junho de 1925, 49 doentes, das quais, só em 14 foi possível fazer uma histerectomia total, as restantes, por vários motivos em que predomina o adiantado estado das suas lesões, não podendo beneficiar daquela operação. Qual a razão deste facto? Procurei apurá-la, e para isso comecei este trabalho.

A designação com que intitulei esta tese, Cancro uterino, se não fôra o seu subtítulo, Seu tratamento pela operação de Wertheim, manifestamente que constitua assunto para um tratado que todos poderiam fazer menos eu. Mesmo desmembrando o assunto e encarando-o quer sob o ponto de vista da sua etiologia, quer da sua anatomia patológica, quer do seu tratamento cirúrgico, pelo rádio ou pelos raios X, quer ainda por outros agentes físicos e químicos, manifestamente que muito haveria que dizer.

Na orientação que pensei dar ao meu trabalho em face do material clínico de que podia dispôr, não me pareceu dever seguir qualquer daqueles capítulos em especial. Se era interessante desenvolver as múltiplas teorias que têm sido apontadas como sendo outras tantas maneiras de explicar o aparecimento do cancro, e que encontro desenvolvidas em dois livros que tenho à mão, um de Duroux, o outro de Jorge Monjardino; se era interessante esmiuçar a anatomia patológica do cancro uterino nas suas diferentes formas, nem sempre identificáveis, e para isso ainda eu podia utilizar um livro que possuo, de Roussy e de Leroux, como guia; se era um assunto da actualidade estudar e desenvolver os resultados obtidos pela radioterapia, principalmente a profunda, e pela curieterapia, entre nós havendo publicada uma conferência de Roberto de Carvalho e um livro de J. Victor Macedo Pinto sôbre estes

assuntos ; se era oportuno também estudar e desenvolver o assunto sob o ponto de vista cirúrgico, e ainda sôbre êste assunto eu tenho sôbre a minha mesa de trabalho um livro de Faure ; constituindo cada um destes capítulos, só por si, assunto para um grande trabalho, eu dei a êste pequeno trabalho uma orientação em que todos êsses capítulos da patologia do cancro são tratados muito superficialmente. E tive razões para assim proceder. A falta de material a que lançar mão e a ideia de que, com a orientação que dei ao meu trabalho, eu podia torná-lo útil mesmo sem aquele desenvolvimento, essas foram as razões que me orientaram.

O cancro uterino é uma doença cirúrgicamente curável. Sendo assim, como se compreende que das 49 doentes portadoras de cancros uterinos que passaram pelo serviço da clínica cirúrgica, no espaço de seis anos, só 14 se apresentassem em condições de serem operadas, e algumas já no limite da operabilidade ? Responsabilizemos, por agora, o diagnóstico tardio da afecção. Foi por isso que eu procurei frisar os sintomas ; foi por isso que eu resolvi publicar um número extenso de observações. É que assim êsses sintomas tornam-se mais focados por serem ligados a casos clínicos.

O ponto primordial do problema da cura do cancro uterino, indiscutivelmente, é o seu diagnóstico

precoces. É valorizando os sintomas, tornando-os de todos conhecidos, de médicos e de não médicos, que aquele resultado se poderá atingir.

Não se encontram nele novidades. Simplesmente se chama a atenção para os pontos que nos pareceram mais importantes para se conseguir um fim: — diagnosticar cedo para tornar possível a cura do cancro uterino.

A divisão dêste trabalho em quatro capítulos pareceu-nos lógica. Para fazer uma operação de Wertheim é indispensável relembrar a anatomia da região. Para a aconselhar é preciso conhecer-lhe as indicações. Os casos clínicos que apresentamos são a aplicação do que escrevemos, concretizado.

NOÇÕES DE ANATOMIA

Poucas são as intervenções cirúrgicas que, para serem bem executadas, obrigam o cirurgião a ter um conhecimento tão perfeito da anatomia da região sobre que tem de intervir como a histerectomia total (operação de Wertheim). De facto a importância dos órgãos que têm de ser poupados, a necessidade de fazer uma boa hemostase, a apreciação perfeita e distinção do são e do doente são outros tantos factores que impõem aquele conhecimento. É por isso que começamos êste nosso trabalho indicando o que nos parece indispensável conhecer da anatomia da região, para ter probabilidades de trabalhar com proveito para o doente, com êxito para o operador.

O útero, órgão normalmente impar e mediano, ocupa a parte média da escavação pélvica, tendo à frente a bexiga, atrás o recto, para os lados os seus ligamentos e anexos, para baixo a vagina, e por cima,

e também um pouco adiante e atrás, as ansas intestinais.

A sua forma permite dividi-lo em duas partes, colo e corpo, êste com uma face anterior e outra posterior, ligeiramente achatado, recoberto pelo peritoneu, aquele alongado, com uma parte fazendo saliência na vagina, focinho de tenca, a outra, supra-vaginal, continuando para cima, até ao corpo, tendo aproximadamente a forma cilíndrica.

A parte que liga o colo ao corpo chama-se istmo.

Colo e corpo têm uma cavidade com nomes diferentes, cavidade uterina no corpo, que na sua parte superior se continua para um e outro lado com as trompas implantadas nos cornos do útero, cavidade cervical no colo, comunicando entre si pelo orifício superior do colo, continuando-se com a vagina pelo orifício inferior do mesmo. Êste, pequeno e arredondado na nulípara, transforma-se na múltipara numa fenda transversal, o colo ficando assim com um lábio anterior outro posterior em relação à mesma fenda. As dimensões desta cavidade variam com a idade e com as gestações que dentro do órgão se tenham passado, Testut dando-nos os seguintes números :

Virgens	{	Diâmetro vertical — 45 a 50 milim.	{	Colo — 28
				Corpo 22 a 26
		Diâmetro horizontal — 22 a 26 milim.		

Nulíparas não virgens	{ Diâmetro vertical — 50 a 55 milim.	{ Colo — 25
	{ Diâmetro horizontal — 25 a 28 milim.	{ Corpo 25 a 27
Múltiparas	{ Diâmetro vertical — 55 a 65 milim.	{ Colo — 22
	{ Diâmetro horizontal — 30 a 33 milim.	{ Corpo 30 a 40

É de notar que o colo tem um calibre muito menor do que o que os números indicativos do diâmetro transversal podem fazer supôr, não ultrapassando cêrca de 8 milímetros, e tendo mesmo zonas mais apertadas, como o orifício interno do colo, que tem 4 a 5 milímetros de diâmetro.

São estas as dimensões da sua cavidade e é preciso conhecer também as dimensões de todo o órgão para poder apreciar as suas variações de volume.

São ainda de Testut os números que passo a citar:

Nulíparas	{ Comprimento — 6 a 7 centímetros.
	{ Largura — 4 centímetros (ao nível do corpo).

Nas múltiparas o útero aumenta em comprimento e largura 1 centímetro.

Na creança o órgão é muito menor, sendo o colo maior do que o corpo, ao contrário do que acontece no adulto, na múltipara então o corpo sendo muito maior do que o colo.

Não apreciamos aqui, por não o julgarmos opor-

tuno, as variações de volume que este órgão pode sofrer, fisiológicas umas, patológicas outras.

Como já dissemos o útero encontra-se na pequena bacia, adiante do recto, atrás da bexiga, continuando-se para os lados com os ligamentos largos, pregas peritoneais que vão inserir-se sobre as paredes laterais da bacia, e que, juntamente com o órgão mediano, dividem a cavidade pélvica em duas partes: uma, anterior, o *cavum* anterior; a outra, posterior, o *cavum* posterior.

A separar o útero dos outros órgãos, há, na sua parte superior e em parte das suas faces anterior e posterior, o peritoneu. De facto nem todo o órgão se encontra envolvido por esta serosa. O peritoneu que recobre o seu fundo continua-se para os lados com os ligamentos largos até às paredes laterais da bacia, adiante recobrindo o órgão até próximo do istmo, onde se reflecte para diante e depois para cima e vai forrar posteriormente a bexiga, formando assim o fundo de saco vésico-uterino. Atrás o peritoneu desce sobre a face posterior do útero, mais do que sobre a sua face anterior, acompanhando-o até ao colo na sua porção supra-vaginal, revestindo mesmo uma pequena porção da face posterior da vagina, reflectindo-se depois para trás e para cima sobre a face anterior do recto, constituindo assim o fundo de saco de Douglas ou recto-uterino.

Restam portanto duas pequenas faixas laterais,

pois que os folhetos anterior e posterior dos ligamentos largos não se unem intimamente junto ao útero, e ainda a parte do útero que fica abaixo do seu revestimento peritoneal e que é envolvida pelo tecido que enche o espaço peri-cervical, porções estas em contacto com o tecido celular que enche estes espaços, no qual passam os vasos sanguíneos e linfáticos do órgão, e que, por sua vez, estabelece contacto com tecido idêntico que envolve a bexiga adiante, o recto atrás, e que se continua, dentro dos ligamentos largos, até às paredes laterais da escavação pélvica. Este tecido celular, que constitui o parâmetro, tem, para o assunto de que nos propomos tratar, uma importância capital, como adiante veremos.

Vemos portanto as relações que o útero tem com o peritoneu e constata-se que o órgão se encontra relativamente livre na cavidade pélvica, onde se eleva, e onde atinge o nível do estreito superior. Vejamos agora qual é a posição normal do órgão e quais são os meios de fixação que nessa posição o conservam.

A posição normal do útero parece ser a de ligeira anteflexão com um pouco de anteversão (Testut), as suas relações com órgãos ora cheios ora vazios condicionando-lhe deslocamentos que normais se têm de considerar. Revestido pelo peritoneu numa grande extensão compreende-se que este órgão cons-

titua para êle um elemento de fixação; mas, se consecutivamente a aderências que estados mórbidos tenham provocado ou que cirurgicamente se tenham produzido, o peritoneu constitue uma prisão apreciável, normalmente, e tendo em consideração só o peritoneu de revestimento, assim não acontece. Há outros meios, há os ligamentos que fazem a fixação do útero.

Dêstes, como órgãos de suspensão, temos a considerar os ligamentos largos, os ligamentos redondos e ainda os ligamentos útero-ováricos.

Os ligamentos largos, como já dissemos, são constituídos pela união lateral do peritoneu que recobre a face posterior do útero com o que recobre a sua face anterior, e que vão fixar-se sobre as paredes laterais da bacia e em baixo ao pavimento pélvico.

Com uma direcção aproximadamente transversal, compreende-se que possam ocupar outras posições, para isso bastando relembrar as relações do útero com a bexiga e o recto que, pelas variações de quantidade do seu conteúdo, condicionam deslocamentos do útero, dos ligamentos largos que lhe estão fixos. Compreende-se também que sendo o útero o órgão que serve de implantação áqueles ligamentos, estes não seguirão um plano vertical dentro da pelve, mas um plano em que fique o eixo do útero, cuja posição já indicamos.

Conhecidos os pontos de fixação dos ligamentos de que estamos a tratar facilmente se vê que nêles se podem considerar duas faces, anterior e posterior, e quatro bordos, o superior, livre, o interno fixo à parede lateral do útero, o externo que se cotinua com o peritoneu que reveste lateralmente a parede da bacia e o inferior que vai ao pavimento pélvico.

A face anterior do ligamento largo, sob a qual corre o ligamento redondo, é menor do que a posterior visto que o peritoneu desce menos sôbre a face anterior do útero de que sôbre a sua face posterior.

A face posterior, mais extensa, envolve o ovário e os seus ligamentos, o útero-ovárico e o tubo-ovárico.

A bem dizer limitando o bordo superior do ligamento largo estende-se a trompa numa disposição conhecida e que não nos interessa em especial.

O bordo interno corresponde, como dissemos, aos bordos do útero, folheto posterior e anterior não entrando intimamente em contacto, e deixando que corram no tecido celular que os separa os vasos sanguíneos e linfáticos que se dirigem ao útero e que dêle partem.

O bordo externo corresponde à parede lateral da excavação, a que se fixa. Mas a sua porção superior, ao nível da extremidade externa do ovário, prolonga-se para fora e para cima para a fossa ilíaca constituindo o delicado ligamento lombo-ovárico, infundi-

bullo-pélvico ou ílio-ovárico, na espessura do qual caminham os vasos ováricos, o que nos levou a mencioná-lo.

O bordo inferior, o mais espêso dos quatro, está aos lados em relação com os fundos de saco laterais da vagina assentando depois no pavimento pélvico.

Na sua espessura correm vasos aferentes e eferentes do útero e um órgão que merece especiais cuidados ao cirurgião que se propõe executar um Wertheim: o uretere.

A êste bordo inferior e ainda um pouco à sua continuação com o bordo interno dá-se o nome de base do ligamento largo. É aí que se acumula o tecido celular que já mencionamos e que constitue o parâmetro; é neste tecido que se encontra o uretere, vasos aferentes e eferentes do útero e ainda a maior parte dos da vagina.

É esse tecido celular que faz comunicar o útero com o tecido celular pelvi-sub-peritoneal; é ao longo dêle que se faz a propagação das infecções que os linfáticos se encarregam de transportar.

O valor que esta zona tem para o ginecologista e a importância dos órgãos que aí se encontram é de todos conhecido.

Além dos ligamentos largos, outros há que merecem a designação de ligamentos suspensores do útero: são os ligamentos redondos. Já vimos que caminha-

vam na face anterior do ligamento largo, dirigindo-se dos cornos do útero para os grandes lábios, atravessando o canal inguinal. Acompanha-os a artéria do ligamento redondo e vasos linfáticos a que adiante nos referiremos.

Finalmente, e embora muito menos importantes como órgãos de fixação, resta-nos mencionar os ligamentos útero-ováricos, que se estendem do polo interno do ovário para o útero, e ao longo do qual correm a artéria útero-ovárica e linfáticos.

São estes os ligamentos a que se pode chamar ligamentos suspensores. Outros meios de fixação tem o útero. É o pavimento pélvico, é a vagina, são os ligamentos útero-sagrados que, partindo do colo, dum e outro lado, abraçam o recto e vão fixar-se na parede posterior da pelve, são os ligamentos pubo-vesico-útero-vaginais de Farabeuf e são ainda os vasos, com o tecido conjunctivo que os supporta constituindo as aponevroses sacro-recto-genitais e pubo-útero-vaginais. É este o conjunto de meios que, por suspensão uns, servindo de apoio outros, mantêm o útero numa posição de equilíbrio instável, consequência immediata das variações de volume a que estão sujeitos órgãos vizinhos.

Na ideia de não me referir senão ao que o cirurgião tem necessidade absoluta de lembrar quando se proponha tratar cirurgicamente um cancro do

útero, eu vou limitar as considerações que venho fazendo à descrição dos vasos sanguíneos e linfáticos do útero e da vagina e procurarei evidenciar as relações íntimas desses vasos com os ureteres e a necessidade do conhecimento perfeito da disposição e meios de identificação destes para actuar sobre eles sem os lesar.

A irrigação sanguínea do útero faz-se principalmente por meio das artérias uterinas, que, como se sabe, terminam por anastomose tampo a tampo com as artérias ováricas, que assim se tornam susceptíveis de suprir à irrigação uterina na falta das primeiras.

A artéria uterina, uma de cada lado, é um dos ramos da hipogástrica. Tem a sua origem na fosseta ovárica, por de trás do ovário, dirige-se para baixo e para dentro, segue a base do ligamento largo attingindo a parte lateral do colo aproximadamente ao nível de inserção vaginal, e, fazendo então uma ansa, dirige-se para cima, sempre ao longo dos bordos do útero, até terminar, como já dissemos, por anastomose tampo a tampo com a ovárica.

Antes de atingir o útero a artéria uterina tem relações íntimas com o uretere. Este, que passa junto à origem da uterina numa posição antero-externa, é, por assim dizer, envolvido por aquela artéria, que de interna se torna externa, de posterior anterior, vindo finalmente cruzar de fora para dentro e de diante

para trás o uretere ao nível da sua crossa ou seja da ansa que dissemos ela forma quando se dirige para dentro e para cima, para a face lateral do útero, e isto a uma distância de 2 a 3 centímetros do colo.

Como já dissemos o modo de terminação da uterina na ovárica e vice-versa condiciona a corrente sanguínea em qualquer sentido, a ovárica sendo portanto uma artéria de irrigação uterina. Ramo da aorta abdominal, já vimos que atingia o ovário caminhando na espessura do ligamento lombo-ovárico, irriga o ovário e segue depois ao longo do ligamento útero-ovárico.

Uma outra artéria a ter em consideração apesar do seu pequeno calibre, mas para obter uma boa hemostase quando haja de se intervir sobre o ligamento ao longo do qual corre, é a artéria do ligamento redondo. Ramo da epigástrica segue ao longo do ligamento redondo até ao útero onde se anastomosa com pequenas colaterais da uterina.

Outra artéria há que nos importa conhecer embora não intervenha na irrigação uterina. É a artéria vaginal. Ramo também da hipogástrica, por vezes da uterina, da umbílico-vesical ou da obturadora, algumas vezes dupla ou tripla, é bastante volumosa. Dirige-se para baixo, para diante e para dentro, paralelamente à uterina e ao uretere, atrás dêste e quasi em contacto com êle. É ela que irriga os dois terços inferiores da face anterior da vagina, o terço superior

sendo irrigado por colaterais da uterina, irrigando também as quatro sextas partes da face posterior da vagina, a superior sendo ainda irrigada pela uterina, a inferior pela hemorroidária média.

Temos assim inumeradas as artérias que é preciso conhecer quando se tenha de intervir sobre o útero, as veias satélites daquelas artérias não nos merecendo descrição especial. Formando em tórno do útero plexos maiores ou menores, a sua pinçagem consegue-se em regra ao mesmo tempo que se pinçam as artérias.

Resta-nos falar dos linfáticos para completar o estudo dos vasos do útero no que de interesse tem para nós. Não nos importa o conhecimento perfeito da rede intra-parietal do útero onde têm o seu início os troncos linfáticos que do útero partem, mas sim o caminho que estes seguem e a sua terminação.

Os troncos linfáticos que emanam do útero formam grupos isolados, sendo relativamente independentes os que partem do corpo e os que partem do colo. Os gânglios a que se dirigem não são sempre os mesmos, pela sua maior frequência passando nós a mencioná-los.

É clássica a descrição dos linfáticos uterinos separando os linfáticos do corpo dos linfáticos do colo. (Veremos que essa separação não tem absoluta razão de ser). É seguindo essa descrição clássica que vemos os linfáticos do colo, que se acumulam dum e outro

lado do mesmo na sua porção supravaginal formando um grande plexo linfático, partir daí por dois ou três troncos de cada lado, acompanhar os vasos uterinos e ir terminar: uns no grupo mais elevado de gânglios ilíacos externos; outros, na proximidade ainda do colo, num gânglio que nem sempre se encontra, e cuja presença foi constatada primeiramente por Lucas-Championnière; outros vão aos gânglios hipogástricos; alguns dirigem-se para trás, seguem na espessura dos ligamentos útero-sagrados e vão lançar-se nos gânglios que envolvem a artéria sagrada lateral e nos mais internos do grupo ilíaco primitivo; finalmente alguns misturam-se com os linfáticos da vagina e do recto.

Os linfáticos do corpo saem dêste por dois grupos.

O primeiro, que segue o ligamento útero-ovárico e vasos ováricos, acompanhado, do ovário em diante, pelos linfáticos dêste órgão, vai terminar nos gânglios lombares, normalmente nos que ficam abaixo do pedículo renal.

O segundo segue os ligamentos redondos e vai terminar no grupo superior dos linfáticos inguinais superficiais.

Um trabalho recente de Leveuf e Godard assentando sôbre um número considerável de casos injectados e examinados pelos mesmos, conduz a uma descrição um pouco diferente da que acabamos de fazer.

Para aqueles autores os linfáticos do colo como os linfáticos do corpo, têm uma *via principal* de deri-

vação, a mesma para corpo e colo e ainda para o terço superior da vagina, constituída por dois ou três troncos linfáticos, de cada lado do útero, que deixam o órgão ao nível do colo e que vão lançar-se, dum e doutro lado, num *gânglio principal*, por via de regra único (113 vezes em 120 casos observados), algumas vezes duplo (7 vezes), que ocupa a bifurcação da ilíaca primitiva, não propriamente o vértice dêsse ângulo, mas antes se encontrando alguns centímetros abaixo dêsse vértice, adiante da origem da artéria uterina. É de notar que êste gânglio não tem uma posição absolutamente fixa, umas vezes ocupando uma posição alta, cavalgando a veia ilíaca externa, outras uma posição baixa, em contacto com o nervo obturador por baixo da mesma veia ilíaca, finalmente, em alguns casos, ocupa uma posição intermédia, parte prevenosa, parte infravenosa.

Em 70 observações citadas por aqueles autores encontramos os seguintes números:

Posição alta	— 24 vezes
" baixa	— 30 "
" intermédia	— 16 "

Também os mesmos autores encontraram algumas vezes, no trajecto desta via principal, o gânglio de Lucas-Championnière.

Além da via principal comum ao corpo e ao colo, os mencionados autores descrevem *vias colaterais* para o corpo, *vias colaterais* para o colo. Os troncos linfáticos que constituem as vias colaterais do colo vão: uns a gânglios que se encontram entre ramos da hipogástrica, passando por detrás dos ureteres; os outros, situados para dentro dos precedentes, seguem o bordo superior da lâmina nervosa simpática hipogástrica até à visinhança do promontório, terminando num gânglio que se encontra junto à veia ílfaca primitiva esquerda.

As vias colaterais do corpo são duas: uma, a mais importante, sai do útero e acompanha os vasos útero-ováricos, juntam-se-lhe os linfáticos do ovário, e depois, seguindo os vasos ováricos, vai distribuir-se irregularmente aos gânglios que se estendem da origem da ílfaca primitiva até ao pedículo renal; a outra, posta pelos mesmos autores em dúvida, é a do ligamento redondo. Pouco importante, os troncos linfáticos que a constituem seguem o mesmo ligamento e vão terminar no grupo interno de gânglios inguinais superficiais.

Do trabalho destes autores, e atendendo à sua frequência, há que reter em especial a existência duma via comum para corpo, colo e terço superior da vagina, e a sua terminação habitual, bastante fixa.

Um outro ponto para que os autores do trabalho a que nos estamos referindo chamam a atenção, e a que não podemos deixar de nos referir, é a indepen-

dência perfeita dos ureteres e dos linfáticos uterinos, nunca tendo visto, se bem que o pesquisassem, que daqueles linfáticos algum ou alguns penetrassem nas paredes dos ureteres.

Outro tanto não acontece com outros órgãos visinhos. Assim, as relações linfáticas do útero e vagina com o recto já há muito são mencionadas, embora por alguns autores fossem consideradas como constituindo raras anomalias. É ainda o trabalho de Leveuf e de Godard confirmado por um outro de Villemain, assentando ambos sobre casos injectados, que permitem afirmar essa relação de continuidade linfática, e não só com o recto, como também com a bexiga.

Os nervos do útero provêm do plexo hipogástrico, mais exactamente, da parte anterior daquele plexo, o gânglio hipogástrico. O plexo insinua-se nas pregas útero-sagradas, sendo êle que condiciona a formação dessas pregas, cercado duma espessa camada de tecido conjuntivo, os seus prolongamentos atingindo o útero ao nível do istmo, pela sua parte posterior. Posteriormente colocada em relação aos vasos e ureteres, a sua parte mais anterior está situada atrás da base do ligamento largo, cêrca de centímetro e meio atrás do istmo e dos fundos de saco laterais da vagina. A crossa da uterina e o uretere estão acima e adiante do bordo superior da lâmina nervosa, havendo sempre um plano de clivagem entre os vasos

e o gânglio a que Lee e Frankenhaeuser deixaram o nome ligado supondo que se tratasse dum gânglio especial para o útero e vagina, o que na realidade não acontece, gânglio de Frankenhaeuser e gânglio hipogástrico sendo uma e a mesma coisa.

Os filetes nervosos que se destinam ao útero destacam-se, na sua quási totalidade, dos bordos superior e anterior do gânglio hipogástrico, alguns raros filetes vindo directamente da parte não gangliforme do plexo, nunca se encontrando fibras vindo directamente do plexo sagrado.

Os nervos do útero nascem conjuntamente com os da bexiga e da vagina, mas breve se dividem em dois planos: um, externo, que vai inervar a vagina e a bexiga; o outro, interno, dirige-se para o útero, na espessura dos ligamentos útero-sagrados, como já dissemos, atingindo o istmo pela sua face posterior. O maior número de ramos e os mais grossos distribuem-se à metade inferior do corpo, ao istmo e ao colo. Os restantes seguem a artéria uterina, formam no ângulo infra-tubar uma massa gangliforme e distribuem-se às duas faces do corpo do útero.

Ao cirurgião interessa fixar em especial a posição do gânglio hipogástrico, bastante posterior para permitir a secção dos ligamentos útero-sagradas sem o lesar, ocasião única, no decorrer normal duma operação de Wertheim, em que o pode atingir.

ETIOLOGIA
ANATOMIA PATOLÓGICA
SINTOMATOLOGIA
DIAGNÓSTICO

Etiologia — Procuramos nos jornais científicos a confirmação da sensacional novidade que há meses vimos num jornal noticioso, em que era anunciada a confirmação da natureza infecciosa dos processos neoplásicos. Essa confirmação não veio, e por isso continuamos à espera dos resultados de investigações, que certamente se estão fazendo por êsse mundo fora, para lançar luz e elucidar o problema da causa, não que condiciona, porque essas são múltiplas, mas que origina a formação das massas tumorais malignas e mesmo das benignas.

Das causas que condicionam, que predispoem para essa formação, citaremos a sífilis, os estados infecciosos crônicos, traumatismos repetidos, perturbações circulatórias, a falta de higiene, etc.

Duroux diz: — A experiência clínica mostra que, para que um cancro nasça, é preciso uma alteração

preliminar dos tecidos; mostra ainda que as causas dessas alterações são múltiplas e favorecem, em graus diferentes, a eclosão dêste ou daquele tipo de cancro».

«Tôda a causa susceptível de perturbar o equilíbrio orgânico, ou a falta de higiene essencial são capazes de arrastar a formação de cancros».

Se deixarmos a generalidade para entrarmos no campo restrito do assunto de que tratamos, diremos com Faure que: «as alterações locais anteriores, lacerações do colo, ulcerações de metrite crónica, hipersecreções prolongadas, pólipos, hipertrofia localisada ou generalisada da mucosa contribuem para favorecer o desenvolvimento da doença». Acrescentaremos que aqueles estados mórbidos contribuem também para favorecer a localização da mesma doença, o cancro uterino.

É a idade um factor importante e tomado em consideração por todos, unanimes sendo em concluir, por o terem verificado, que é entre os 40 e os 50 anos que o cancro é mais freqüente.

Nas nossas doentes o quadro junto permite verificar também o facto. Assim, entre os extremos 40 e 50 anos vemos incluídas 26 das 49 doentes que servem de base ao nosso trabalho. Todavia o aparecimento dos neoplasmas uterinos não fica estritamente dentro de limites de idade, Ganghofner havendo constatado a sua existência numa rapariga de 9 anos, a nossa

CANCROS UTERINOS

IDADE	COLO	CORPO	TOTAL
24 anos	1	—	1
28 »	—	1	1
30 »	2	—	2
32 »	2	—	2
34 »	1	1	2
36 »	3	1	4
37 »	1	—	1
38 »	1	1	2
40 »	2	—	2
41 »	1	—	1
42 »	4	1	5
44 »	4	1	5
45 »	1	—	1
46 »	2	2	4
48 »	1	1	2
49 »	1	—	1
50 »	3	2	5
51 »	2	—	2
52 »	1	—	1
53 »	—	1	1
54 »	1	—	1
58 »	1	—	1
59 »	1	—	1
65 »	—	1	1
	36	13	49

doente mais nova tendo 24, a mais velha 65, Violet tendo observado um cancro uterino numa doente de 78 anos, a quem fez uma histerectomia vaginal. A observação dos números que apresentamos mostram também quanto é freqüente o aparecimento do cancro uterino dos 30 aos 40 anos.

Anatomia patológica — Não nos interessa a descrição minuciosa das diferentes variedades de cancros uterinos, a maior parte das análises que mencionamos no decorrer das nossas observações dando a entender que também os analistas compartilham da nossa opinião. Para o operador o que interessa é a confirmação de que se trata dum tumor maligno para instituir a terapêutica apropriada. Como não há que atender ao facto desta ou daquela variedade ser mais ou menos invasora para apressar a conduta do cirurgião, limitamo-nos a dizer que no colo podemos observar duas espécies de epiteliomas, conforme têm a sua origem na porção vaginal do colo ou na sua porção supra-vaginal.

No primeiro caso teremos o *epitelioma pavimentoso* no segundo o *epitelioma cilíndrico*, variedades que estão em relação com os revestimentos respectivos das duas porções do colo, o conhecimento do revestimento do corpo dizendo-nos que nele encontraremos os epiteliomas cilíndricos.

Macroscopicamente o epitelioma que tem a sua

origem no colo apresenta-se sob duas formas: a forma *papilar* ou *vegetante* e a forma *intersticial* ou *nodular*. À primeira pertencem as vegetações, mais ou menos abundantes, do colo, por vezes volumosas dando tumores características em couve flôr, por vezes difíceis de apreciar por serem intracervicais.

À segunda pertencem os tumores que caminham na espessura do tecido submucoso e dão ao colo desigualdades de consistência e coloração que correspondem a outros tantos nódulos do tumor.

Sintomatologia — Lesão inicialmente, e por vezes durante muito tempo, absolutamente indolor, como acontece na nossa observação III e V, a primeira só tendo dores nas regiões irritadas pela passagem demorada do seu corrimento, a segunda quando urina, o sintoma capital e inicial do cancro uterino é a hemorragia. Note-se todavia que, diz Zweifel «um corrimento aquoso ou purulento pode ser o primeiro sintoma dum carcinoma, e nos carcinomas do corpo do útero é por muito tempo o único sinal». Note-se ainda que, segundo Siredey, «no cancro do corpo quási que o único sinal apreciável é o aumento de tamanho do útero». E Faure diz também que, «depois da menopausa, a hidrorreia é muitas vezes, no início e durante um tempo mais ou menos longo, o único indício do cancro». Gerich dá também muito valor ao

corrimento uterino como sinal precoce do cancro uterino dizendo: — “Fluxo menstrual aumentado e hipersecreção são sinais suspeitos”.

Vemos portanto o valor que tem o corrimento uterino como sintoma que deve pôr de sobreaviso o clínico, impondo-lhe um exame ginecológico em que não deve ser esquecida a existência possível dum cancro, embora do exame ao espéculo nenhum elemento de valor se colha. Durante o exame da doente se se está em presença duma cancerosa, é muitas vezes a histerometria que vai provocar a hemorragia suspeita, o clínico passando a ter então já três elementos a considerar: corrimento uterino, tamanho da cavidade do útero e hemorragia facilmente provocada. Mas voltemos às hemorragias.

As hemorragias do cancro uterino podem ser expontâneas ou provocadas, as primeiras surgindo ora antes da doente entrar na menopausa, ora depois, as que precedem a menopausa apresentando-se por vezes sob a forma de menorragias, por vezes sob a de metrorragias. De facto muitas vezes as doentes não se queixam de outras hemorragias que não sejam as que se traduzem por um aumento da quantidade de sangue que corre sem que se prolongue a duração das menstruações, outras vezes são as menstruações que se mantêm um maior número de dias o que impressiona as doentes.

Quando de metrorragias se trata, por via de regra não são muito violentas, o seu caracter principal sendo a sua persistência. É de Siredey a seguinte opinião: «Entre os sinais clínicos que permitem um diagnóstico precoce do cancro do útero, um único tem um valor real — a hemorragia — cujo caracter fundamental é a continuidade».

Rossier a propósito das hemorragias uterinas e do seu valor no diagnóstico do cancro uterino, diz que não há sinais patognomónicos do carcinoma uterino no início. Todavia há um sinal que nos prenderá sempre a atenção: as perdas de sangue vaginais. Uma mulher que não atingiu a menopausa e que tem as menstruações muito abundantes ou demoradas necessita dum exame vaginal.

Uma mulher que entrou na menopausa e que perde sangue depois duma suspensão mais ou menos longa das suas regras justifica uma suspeita grave de carcinoma.

Chaque hemorragie climatérique est suspecte, chaque hemorragie post-climatérique est plus suspecte encore.

Fletcher Shaw a propósito das hemorragias diz: Depois dos quarenta anos nenhuma doente que se queixe de hemorragias uterinas deve ser tratada sem que seja feito um exame vaginal, essa hemorragia sendo mais importante ainda quando surge depois da menopausa.

H. Grad tendo estudado cem doentes com hemorragias uterinas, destribue assim as suas causas.

Infecções, 34. Hiper-ovaria, 11. Neoplasias, 45.

A Sociedade Holandêsa de Ginecologia relata que em 123 casos de hemorragias uterinas observadas depois da menopausa, 63 eram devidas a cancros uterinos.

O valor da hemorragia uterina espontânea é ponto assente, admitido por todos, desnecessário se tornando juntar nomes, clássicos e não clássicos afirmando o seu valor como elemento de diagnóstico do cancro uterino, hemorragia que breve se torna persistente, demorada, por vezes a coexistência doutra entidade mórbida com o cancro uterino dando a essas hemorragias caracteres especiais. É, por exemplo, o caso das nossas observações IV e X em que as hemorragias, muito antigas, se apresentaram com caracteres especiais próprios aos fibromiomas que precederam o cancro.

Mas não são só as hemorragias espontâneas as que têm valor. Não o têm menos as hemorragias facilmente provocadas.

Um útero que sangra após o coito, ao toque, com a fadiga, com a marcha, após a defecação e a micção, com a introdução dum histerómetro ou duma cânula, é um útero suspeito.

Straz, em 10 casos de hemorragias post-coito, observou 8 carcinomas.

Um outro sinal que acompanha frequentemente o cancro uterino, e que, como já vimos, por vezes precede qualquer outro, é o corrimento vaginal resultante da hipersecreção uterina. Êsse corrimento pode apresentar-se com vários aspectos.

É conhecida a hidrorreia do corpo, sabido que o corrimento do colo é mais espêss. Muitas vezes êsse corrimento é purulento, outras sanguinolento, e, mais tarde ou mais cêdo, torna-se fétido.

Estas perdas fétidas são tão comuns que constituem quási um carácter patognomónico de cancro, infelizmente tardio, traduzindo uma infecção secundária do processo neoplásico.

Juntar-se às hemorragias e ao corrimento uterino, vêm, por via de regra, as dores, posto a sua ausência se constate em creaturas cujo mal, por avançado, ultrapassou o limite da operabilidade. Já citamos, nessas condições, as doentes III e V. Todavia não é essa a regra, a dor sendo um sintoma, embora tardio, que vem juntar-se aos dois já mencionados. Essa dôr é de tipo paroxístico e vem a atingir proporções que não permitem à doente o mínimo repouso.

G. Daniel diz que, as dores ligeiras dando a impressão de pêso, as cólicas uterinas, as crises dolorosas paroxísticas, sobrevindo regularmente a uma hora

precisa do dia ou da noite, durando algumas horas, repetindo-se nos dias seguintes e nas mesmas condições, não constituem contra-indicação à intervenção cirúrgica. Estas dores são devidas à invasão do tecido muscular do útero pelos gomos neoplásicos, havendo em regra, integridade do peritонеo e dos órgãos visinhos.

M. Begouin a propósito da diferenciação das dores pélvicas diz: — Quando a dor é devida à invasão dos ligamentos largos pelo cancro sobrevem tardiamente, quando o corrimento sangüíneo já há meses existia, por vezes mesmo há já um ou dois anos, é mais notável de noite do que de dia, não é nitidamente influenciada pela marcha, manifesta-se por crises irregulares cuja aparição não tem qualquer relação com a fadiga.

Ao toque, a pressão no útero não desperta dor no cancro. Se existe propagação aos ligamentos largos a pressão sobre êles desperta dor na sua base, ao passo que, se é devida aos anexos, é atrás dos ligamentos largos que tem a sua séde.

F. Shaw, a propósito do aparecimento das dores diz: — A dor é considerada pelas mulheres, e frequentemente pelos próprios médicos, como um signal importante de cancro do colo. Não é assim. Quando o doente tem dores poucas esperanças pode haver de cura.

São estes os três sintomas, de que, por via de regra, as doentes portadoras de cancros uterinos se nos queixam, e isto porque, por via de regra também, só quando surgem as dores é que vêm consultar. O que acabamos de dizer faz prever as condições em que, consequentemente, as doentes habitualmente se nos apresentarão.

Vejamos agora os sinais que o exame ginecológico das doentes nos pode fornecer.

O toque uterino permite constatar a existência de vegetações, em maior ou menor número, disseminadas pelo colo, diz-nos se há ou não ulcerações, permite-nos apreciar a consistência do colo. E dos sinais precoces de diagnóstico do cancro do colo, êste tem muito valor. De facto, as irregularidades de consistência que no colo se encontram, correspondem muitas vezes a outros tantos nódulos neoplásicos. A propósito Faure diz: "Nos casos, bastante raros, em que nos é dado vê-lo (o cancro) no início, manifesta-se por um endurecimento pouco extenso, habitualmente localizado sobre um dos lábios, quasi sempre na margem do orificio uterino. Êste endurecimento é tanto mais importante quanto se apresenta isolado". Siredey sobre o mesmo assunto diz: "Quando se observam atentamente mulheres cujas perdas de sangue irregulares provocam alguns receios, constata-se muitas vezes uma certa rigidez do colo, posto que êste tenha conser-

vado a sua aparência normal. Se se acentua ou prolonga a pressão do dedo provoca-se uma brusca hemorragia. O mesmo fenómeno se produz se, apoiando o dedo no colo, carregamos com a outra mão no fundo do útero, de cima para baixo. Finalmente, se se introduz um hysterómetro na sua cavidade, obtem-se o mesmo pequeno *suintement* sanguíneo ».

O toque fornece-nos ainda outros elementos, a um dos quais já nos referimos, o aumento de volume do corpo do útero, que, como já dissemos, tem valor no diagnóstico do cancro do corpo, os outros não constituindo sinais precoces do mal, mas permitindo-nos avaliar da extensão do mesmo. É a infiltração dos fundos de saco vaginais, é a imobilização do útero, são os cordões de linfangite por vezes apreciáveis através da espessura dos mencionados fundos de saco.

O exame ao espéculo confirma uma parte dos ensinamentos fornecidos pelo toque e permite apreciar um signal novo, a desigualdade de coloração do colo uterino. Umas vezes distingue-se apenas uma superficie saliente dum vermelho vivo, que sangra facilmente, destacando-se sobre o fundo róseo do resto da mucosa, e que corresponde exactamente ao ponto de consistência especial revelado pelo toque; outras vezes são múltiplas saliências, pequenas, vermelhas ou violáceas, que o menor traumatismo faz sangrar.

Nas formas avançadas podem encontrar-se ulcerações, por vezes regulares e lisas, outras exuberantes, cuja coloração vermelha e hemorragia devem inspirar tanto maior desconfiança quanto mais normal se apresentar a mucosa que as envolve.

A histerometria deve também ser praticada sempre que da existência dum cancro do corpo se suspeite. É frequente vêr-se a altura do útero passar de 6 a 7, 8 e 9 centímetros, e algumas vezes é a introdução do histerómetro na cavidade uterina que provoca o aparecimento da hemorragia suspeita.

Inumerar agora sinais que não traduzem mais do que uma propagação extensa do mal não nos parece rasoável. Quando apareçam a sua razão de ser já deve de todos ser conhecida.

Há no entanto dois órgãos aos quais a extensão do processo pode passar desaperccebida; são a bexiga e o recto. É por isso que, desde que o fundo de saco vaginal anterior se apresente infiltrado ou que a doente acuse perturbações urinárias, o exame da bexiga deve ser feito, sempre que possível seja. Para o recto o toque rectal fornece preciosos elementos — doente II.

Compreende-se que recto e bexiga possam ser invadidos pelo processo canceroso sem que a mobilidade uterina forneça os elementos que são habituais quando a propagação se faz. É que com o útero deslocam-se as paredes daqueles órgãos, não sendo o

útero mobilizado isoladamente, mas em conjunto com êles. É evidente, e adiante voltaremos ao assunto, a importância da invasão de qualquer destes órgãos para orientar o cirurgião na conduta a tomar.

Em resumo : o sintoma inicial do cancro uterino é, geralmente, a hemorragia, que pode apresentar-se com modalidades variadas ; mas no cancro do corpo pode essa hemorragia faltar ainda, só aparecer quando se proceda ao exame da doente, a hidrorreia ou um corrimento, em regra fluido, por vezes mais ou menos espêss, sendo o seu primeiro sintoma, outras vezes sendo só o aumento de volume do corpo que prende a atenção do observador.

As desigualdades de consistência do colo uterino bem como a sua irregular coloração devem prender sempre a atenção do clínico.

Diagnóstico — Nascida a suspeita da existência dum cancro uterino, muitas vezes com foros de certeza desde início, impõe-se a precisão do diagnóstico para instituir um tratamento, impõe-se sempre o tratamento ainda que em casos duvidosos.

E como chegar àquela precisão, como confirmar um diagnóstico suspeito? Se os sinais subjectivos e objectivos que o exame da doente nos fornece não são suficientes, há que recorrer à biópsia. É ela, de facto que, quando positiva, tira tôdas as dúvidas ;

mas estas manter-se-hão em face duma biópsia negativa, sempre que outra entidade mórbida não possa ser responsabilizada pela sintomatologia que se haja constatado. É que a curetagem pode dar um resultado negativo por ter sido insuficiente, essa insuficiência resultando duma localização limitada ou especial do processo neoplásico, ou do exame insuficiente dos produtos enviados para o anatomo-patologista.

Muret, a propósito do valor da curetagem uterina apresenta casos correspondentes a quatro tipos:

1.º — O diagnóstico de carcinoma do útero foi posto depois de exame histológico de produtos duma curetagem, mas o útero extirpado não apresentou vestígios de afecção maligna.

2.º — Curetagem exploradora positiva; exame do útero negativo, só depois de longas e pacientes pesquisas se encontrando vestígios de carcinoma.

3.º — Curetagem positiva que não foi seguida de histerectomia, por a doente se recusar a êsse tratamento, a doente conservando-se bem.

4.º — Curetagem negativa, o exame do útero extirpado mostrando a existência dum carcinoma que escapou à cureta.

O mesmo autor conclue por dizer que um epitélioma, no início e circunscrito, pode estar situado de maneira tal que escape a uma curetagem mesmo

muito completa. Donde resulta que, em face dum exame negativo ou duvidoso duma curetagem exploradora concomitantemente com sintomatologia clínica suspeita, esta, por si só, justifica e constitui indicação operatória.

E Mc. Cann, também a propósito das dificuldades com que muitas vezes se tem de lutar para formular um diagnóstico de certeza, diz: — Depois da menopausa, exceptuando os prolapsos e as infecções agudas, tôda a modificação patológica do útero justifica a histerectomia. A mesma conduta se impõe para com tôda a mulher de mais de 40 anos que sofre duma metrite crônica rebelde. E acrescenta: — Em tôda a mulher prestes a atingir a menopausa em que se constate histologicamente uma proliferação adenomatosa nítida da mucosa uterina é preciso praticar uma histerectomia.

Faure, depois de dizer que desde que se suspeite da existência dum cancro é preciso praticar imediatamente um exame biópsico, acrescenta: — Mas é evidente que só a biópsia positiva tem valor absoluto, a biópsia negativa não significando senão que a parcela examinada estava sã.

É assim que nós vemos a biópsia ter a mesma sorte que tantos outros exames laboratoriais, de valor quando positivos, nada significando, ou significando muito pouco, quando negativos.

E não haverá inconvenientes em fazer uma curetagem num útero canceroso? Bem sabemos que de há muito ela é apontada, até como tempo preliminar de intervenção mais extensa, mas não podemos deixar de pôr aquela pergunta lembrando-nos do seu resultado imediato: lesão extensa da mucosa com abertura consecutiva dos vasos que nela se encontram.

TRATAMENTO
PROGNÓSTICO

São de Rossier as seguintes palavras: Na história do carcinoma do útero, tal como hoje o conhecemos, há dois pontos capitais que é preciso salientar: o primeiro é que o carcinoma uterino é curável; o segundo é que toda a demora na extirpação total do útero canceroso representa para a doente um perigo considerável.

Dmitri de Ott diz: O tratamento cirúrgico é o único meio de lutar com sucesso contra o cancro do útero, o diagnóstico precoce da afecção sendo um factor importante para a cura.

Forgue sobre o mesmo assunto diz: O ponto capital da questão é a precocidade do diagnóstico e da operação.

S. Mossé afirma que todo o cancro do útero deve ser operado sempre que seja operável.

Czerny corrobora a mesma opinião dizendo: A

regra do tratamento do cancro é sempre a extirpação radical e tão precoce quanto possível de todo o tumor maligno.

Sidney Forsdike, a propósito do tratamento do cancro do útero, afirma: Para todos os casos de carcinoma clinicamente limitado ao colo o único tratamento a seguir é a intervenção cirúrgica.

Seria fastidioso inumerar os nomes de todos os autores que participam dêste modo de vêr, êste sendo um ponto em que todos os cirurgiões estão de acordo, quer prefiram a via vaginal quer a via abdominal para intervir. E ainda mesmo os médicos que preferem o radio ou os raios X ao tratamento cirúrgico, também êsses concordam em que é a precocidade do diagnóstico, e consequentemente do tratamento, o factor primordial da cura do cancro.

Para quem, como nós, pretende referir-se em especial ao tratamento cirúrgico, à operação de Wertheim no nosso caso, manifestamente que não se pode deixar de começar êste capítulo procurando marcar os limites da operabilidade.

A. Monjardino marca as condições de operabilidade da seguinte maneira: — Em presença duma lesão pouco extensa, sem infiltração da base dos ligamentos largos, por conseguinte com útero mobilizável pela palpação bi-manual e fácil de baixar à vulva por tracção

suave, com uma bexiga que a cistoscopia mostrou intacta a chamada cura radical deve ser imediatamente tentada.

De facto os sinais que o exame duma doente portadora dum cancro uterino nos pode fornecer como indicando a extensão do seu mal traduzem-se, clinicamente, por aquele grande signal — útero imobilizável. É êsse o signal a pesquisar sem esquecer que um útero pode mobilizar-se deslocando comsigo a parede da bexiga ou a do recto. Mas a propagação da afecção a qualquer destes órgãos é suspeitada quando ao toque se apreciam as condições em que se encontram os fundos de saco vaginais anterior e posterior, um fundo de saco anterior apagado fazendo recear uma propagação à bexiga, o apagamento do fundo de saco posterior motivando a suspeita da propagação ao recto. Neste caso impõe-se o toque rectal para avaliar das relações dos dois órgãos; no primeiro impõe-se a cistoscopia.

Quando a parede anterior do recto é invadida pelo processo neoplásico existem fenómenos dolorosos de rectite, tenesmo, *poussées* hemorridárias e por vezes hemorragias. O fundo de saco vaginal posterior encontra-se rígido e empastado. O toque rectal permite constatar uma superfície dura, intimamente ligada à vagina.

A invasão da bexiga traduz-se clinicamente por

cistalgias e por cistite. O fundo de saco vaginal anterior apresenta-se empastado, edematoso, infiltrado, e tem-se a sensação de que útero e bexiga fazem um todo.

Cruet diz que quando a cistoscopia revela a existência de edema difuso em largas pregas paralelas, bolhoso, coexiste com aderências extremamente íntimas e a operação será mais ou menos perigosa e inútil, afirmando que nunca estas lesões foram encontradas em casos operáveis.

Este mesmo exame permite também constatar a compressão dos ureteres que se traduz por irregularidade, atraso, espasmos, aumento da força de ejaculação ureteral orificial com segmentação da ejaculação por uma espécie de rigidez post-ejaculatória da mucosa vesical que cerca o orifício ureteral.

M. Marion diz que o edema da mucosa vesical é sempre o indício da invasão do tecido peri-vesical, e o edema do orifício dos ureteres indica a invasão dos mesmos.

Cantoni sobre o mesmo assunto diz: — Vascularização anormal, profusão do trígono, edema difuso ou limitado, modificações de forma e sede e do funcionamento dos orifícios dos ureteres, fazem prever dificuldades a vencer para a dissecação da bexiga e dos ureteres.

Jack Mock e J. Doré chegam às mesmas conclusões.

Vemos portanto que a um útero movel pode corresponder uma propagação extensa do processo que contra-indique a intervenção. É o caso da nossa observação II. Não basta portanto a constatação da mobilidade uterina para intervir. É preciso que essa mobilidade se não obtenha à custa do deslocamento dos órgãos visinhos, em especial do recto e da bexiga.

Inversamente pode acontecer estar-se em face dum útero immobilizado sem que disso seja responsável a propagação do neoplasma.

Um fibroma encravado na pequena bacia, aderências resultantes de processos infecciosos tão frequentes no cancro do colo, podem conduzir àquela finalidade; um quisto dermóide incluso no ligamento largo, um quisto vegetante do ovário, uma salpingite com pio-salpingite e pelvi-perítônite são outras tantas causas capazes de tornar o útero imóvel.

Um tumor canceroso pediculado, encravado na vagina, pode immobilisar o útero sem contra-indicar a intervenção.

É certo que o facto deve ser considerado pelas dificuldades que pode acarretar à execução da operação; no entanto eu penso que se não poderá manter a afirmação de João Lopes do Rio que dizia: — A imobilidade do útero é uma contra-indicação formal à intervenção, seja qual fôr a sua causa.

Mossé, depois de dividir as condições de operabi-

lidade em condições de ordem geral e de ordem local, passa a apreciar essas causas da seguinte forma :

A idade superior a 60 anos, se não é, isoladamente, uma contra-indicação, deve todavia ser levada em linha de conta.

A obesidade, pela limitação do campo operatório, pelas dificuldades de trabalhar no fundo da cavidade pélvica, pela má reacção à infecção, pelas freqüentes complicações pulmonares a que expõe, contra-indica a intervenção.

As doenças do coração, quando bem compensadas, permitem a operação sob raquianestesia.

As doenças gerais, como a tuberculose pulmonar, a sífilis em evolução, uma diátese tal como o reumatismo crónico ou a diabetes, podem influir na conduta do cirurgião, sem constituir um factor de absoluta inoperabilidade.

O funcionamento renal deve ser cuidadosamente investigado.

O estado de fraqueza, muitas vezes resultante das hemorragias repetidas que as doentes fazem, pode, por muito acentuado, impor um adiamento da intervenção. A contagem dos glóbulos e a investigação do grau de coagulabilidade do sangue impõem-se nestes casos.

As dores, tardias no cancro, o que constitue a falta de estímulo para que as doentes mais cedo se

façam examinar, manifestam-se por via de regra quando ultrapassado o limite da operabilidade.

A constatação duma metastase é uma contra-indicação à operação.

Achamos que, no conjunto, estes sinais têm muito valor. Isoladamente só o último nos parece contra-indicar em absoluto a intervenção, a não ser que os outros, pela gravidade com que se apresentem, não contra-indiquem só a intervenção especial de que tratamos, mas qualquer outra, ainda que muito mais limitada.

Não podemos no entanto deixar de chamar a atenção para os cuidados pré-operatórios que merecem estas doentes, e que aliás se devem ter com qualquer doente que se tem de operar.

Vemos pois, e podemos concluir, que uma doente portadora dum cancro uterino limitado, deixando o útero mobilisável, não invadindo os fundos de saco anterior ou posterior, poupando os laterais, e ainda um útero imobilizado à custa de fenómenos inflamatórios, com um estado geral compatível com o choque operatório que vai sofrer, deve ser operada, a operação tendo probabilidades de êxito tanto maiores quanto maiores forem as facilidades da sua execução.

Se eventualmente acontecer o que relatamos nas nossas observações x, xi e xii, isto é, se depois de começada a operação esta se não puder terminar por-

que aderências ou o estado especial dos tecidos impeçam a realização de qualquer tempo operatório, deve fazer-se o máximo que seja possível.

Numa operação de Wertheim, a laparotomia infra-umbilical, primeiro tempo daquela operação, deve ser sempre uma laparotomia exploradora. É que a extensão das lesões pode fazer-se sem que o exame da doente o tenha feito prever; observação VIII. É que o cirurgião, na dúvida, deve intervir.

Il ne faut pas craindre, dans le doute, de pratiquer une laparotomie exploratrice, qui, seule, permettra de juger exactement de l'envahissement du neoplasme (Mossé).

Infelizmente o número de casos que aparece ao cirurgião em boas condições de operabilidade é diminuto, não só entre nós como por tôda a parte, como o mostram os números que seguem.

Staudé diz-nos que 52 % das suas doentes lhe aparecem em condições de operabilidade, a Jacobson 65 %, a Douay 53,2 %, a Lincoln Davis 37,6 %, a Wertheim, em 1913, 50 %, no serviço de clínica cirúrgica havendo 12 operadas em 46, ou seja uma operabilidade de 26 %, número mais baixo do que todos os que encontramos apontados.

Têm variado também consideravelmente os resultados da operação de Wertheim. Vejamos a mortalidade operatória.

De 80 % e mais nas primeiras intervenções que se fizeram vem essa mortalidade baixando sucessivamente.

Assim Wertheim tem até 1905 uma mortalidade de 24,5 % que vê baixar para 10 % de então até 1908.

Mackenrodt 20 %; Doderlein 14,8 %; Bumm 22 %, até 1905.

Pollosson 12 %; Schreib 20,1 %; Franqué 15,7 %; Schlindler 13,67 %, até 1909.

Lincoln Davis em 1922 dá-nos uma mortalidade operatória de 9,3 %; Sussmann 3,57 %; Mossé, nos bons casos, 4 % e 10 % nos medíocres; Schweitzer 4,9 %; Desplas 9 %; Faure 10,84 % até 1920, passando a 2,66 % após a drenagem à Mickulicz, que faz sistematicamente.

Nas 14 doentes que foram operadas de Wertheim nos serviços de clínica cirúrgica não houve nenhum caso de morte operatória.

Ao mesmo tempo que a mortalidade operatória tem baixado, quer devido a aperfeiçoamentos de técnica, quer ao facto de se marcarem melhor as doentes em que o tratamento deve ser feito, há outros números que sobem: os que traduzem as curas, que nos bons casos vão a 75, 80 e mais por cento (Mossé, Faure, etc.), que nos casos medíocres vem para 56, 50 e 40 %. (Faure, Mossé, Davis, etc.).

Claro que a apreciação destes números permite-

-nos prever o número das recidivas, que acompanham em sentido inverso os que traduzem as curas.

Infelizmente, diz F. Shaw, e nós com êle, um grande número de doentes sofrendo desta doença — carcinoma do colo — vem muito tarde até nós para nos dar alguma esperança de cura. Isto é devido à crença de que a hemorragia é mais ou menos normal, outras vezes porque a doente receia vêr confirmados os seus receios, outras porque as doentes consultam o seu médico que as trata empiricamente, e assim um tempo precioso se perde antes que sejam mandadas ao ginecologista.

Gerich diz que 21,5 % dos casos de cancro uterino tardiamente diagnosticados são da responsabilidade dos médicos. Isto na Alemanha. E entre nós, quais serão os factores que fazem baixar a percentagem de operabilidade a 26 %? Num grande número de casos é o pudôr aliado à inconsciência do mal que conduz àquele resultado. Outros serão da responsabilidade dos médicos, muitos da de parteiras de toda a espécie, que, com êsse nome e com o de comadres, são chamadas e consultadas em especial sôbre assuntos do fôro ginecológico.

Algumas vezes será ainda o receio da operação que afasta as doentes do hospital, muitas a falta de meios para se hospitalisar. Por vezes é a esperança de se verem curadas por outros meios.

E assim, em face dum estado mórbido que a cirurgia, aplicada a tempo, cura, vemo-nos na triste contingência de ter de tratar o grande número destas doentes por outros meios que não os cirúrgicos. Não me demorarei neles.

Raios X e rádio, que, como agentes capazes de curar, estão a dar as suas provas, são preciosos auxiliares do clínico melhorando os seus doentes. Se nós quizeramos derivar para êste assunto muito teriamos que dizer. De facto desde a descoberta de Becquerel e da dos esposos Curie, desde os trabalhos de Dominici demonstrando a necessidade da filtração, ao estado actual da curieterapia, quanto haveria que dizer.

Desde as aplicações insignificantes até às doses brutais, quer pela sua quantidade quer pela duração da sua aplicação, quantos trabalhos a apreciar! E até mesmo na sua aplicação como auxiliar do tratamento cirúrgico, que uns, como Gosset, querem antes, que outros querem depois, outros ainda antes e depois, muito haveria que dizer.

E da radioterapia profunda?

Mas eu não posso entrar na apreciação dêsses factos que necessitariam um estudo demorado. Não posso no entanto deixar de dizer que a aplicação do rádio tornou possível a operação de Wertheim numa das nossas doentes. Observação xxv.

Quais as razões que nos levam a preferir a operação de Wertheim a qualquer outra? Em especial as surpresas que ela reserva a quem a pratica; depois o campo que ela oferece ao cirurgião para poder apreciar da extensão do processo e vencer dificuldades de dissecação, por vezes enormes, que por outra se não poderiam conseguir.

E se atendermos a que não há razões para considerar hoje a operação de Wertheim de resultados imediatos mais desastrosos do que qualquer outra, mutilante, do foro ginecológico, a fazer por via abdominal, teremos afastado as razões que muito tempo serviram de ataque a esta operação e que levaram alguns a preferir-lhe a via vaginal.

Também não vemos vantagens na sua associação com a via baixa, quer seja aproveitada para por aí fazer sair útero, anexos e parâmetro, por via abdominal devidamente isolados e tornados sub-peritoniais, quer para seccionar e suturar a vagina como tempo preventivo para o isolamento do processo neoplásico.

Vejamos agora em que consiste a operação de Wertheim.

Foi em 1829 que Récamier praticou a primeira histerectomia, esta por via vaginal. Em 1830 Delpech propõe a histerectomia abdominal total, mas as doentes que não sucumbiam à hemorragia eram vítimas da infecção.

Com a antisepsia, e mais ainda com a assésia a operação torna-se viável e compatível com a vida da paciente, Freund praticando em 30 de Janeiro de 1878 a sua primeira histerectomia abdominal total numa cancerosa que vivia ainda em 1893. Depois os cirurgiões sucedem-se praticando a histerectomia total com esvasiamento lombo-ilio-pélvico.

O choque operatório era tremendo, a mortalidade operatória assustadora. Sucedem-se os trabalhos de Wertheim, Jonnesco, Krönig, Schauta, Kundrat, Krömer, e tantos outros que de início aconselham e praticam aquele esvasiamento por freqüentes julgarem as metastases ganglionares; mas, à medida que os seus estudos vão incidindo sobre doentes operadas em melhores condições, vão reconhecendo que a invasão ganglionar, nos bons casos, é rara, mais rara ainda quando o cancro se localisa ao corpo. E assim se veio limitando a intervenção.

As estatísticas vão sendo sucessivamente melhores apesar de se ir despresando aquele esvasiamento, que passa a ser substituído pela extirpação dos gânglios acessíveis ao cirurgião sem grande descalabro, e que, pelo seu tamanho, se tornam notáveis, o seu aumento de volume muitas vezes não traduzindo mais do que estados inflamatórios.

Ao mesmo tempo a laqueação preventiva das hipogástricas vai-se tornando insuficiente caminhando-se para a sua substituição pela laqueação das uterinas.

É que a laqueação das hipogástricas, que por via de regra é insuficiente, às vezes manifesta-se demasiada e a ela foram imputados fenómenos de esquiemia e de necrose consecutiva.

A drenagem vem evoluçionando também, à drenagem vaginal querendo alguns substituir a drenagem à Mickulicz, de que Faure é um grande entusiasta, outros querendo suprimi-la, como se faz no serviço da 2.^a clínica cirúrgica, sempre que indicação especial não motive, só então se praticando a drenagem vaginal.

A anestesia tem também evoluçionado, e já há autores que atribuem os seus melhores resultados à escolha do anestésico, aumentando dia a dia os partidários da anestesia raquidiana (Forgue, V. Bonney, Desplas). No serviço de 2.^a clínica cirúrgica quasi sistematicamente se faz a raquianestesia pelo método de Riche nas doentes portadoras de cancros uterinos. Merece também especial cuidado a desinfecção da vagina. Fazemo-la recorrendo a irrigações repetidas e demoradas, com solutos cuja concentração se aumenta nos dias que precedem a intervenção.

O estado geral das doentes é sempre tido em atenção.

E agora vejamos a técnica que segue o Snr. Prof. Teixeira Bastos e que temos visto executar nos serviços de 2.^a clínica cirúrgica.

Anestesia raquidiana sempre que não haja contra-indicações ao seu emprego.

Mesa de operações em posição inclinada de Trendelenburg.

Operador à esquerda da doente, ajudante à direita.

Laparotomia mediana infra-umbilical, a abertura devendo permitir a colocação da valva grande de Doyen. Exame das cavidades abdominal e pélvica.

Colocação da valva de Doyen.

Protecção das ansas intestinais, caídas sôbre o diafragma, por uma compressa grande, dobrada, verdadeiro diafragma que as isola perfeitamente do campo operatório.

Preensão do ovário direito e laqueação dos vasos ováricos com ponto de segurança e a seguir dos vasos do ligamento redondo. Pinçagem do ligamento largo junto ao bordo direito do útero. Secção do mesmo ligamento, seguindo o seu bordo externo e inferior.

À esquerda os mesmos tempos operatórios de laqueação e secção.

Secção do peritoneu que reveste a face anterior do útero, bastante alto, acima do istmo, e sua separação juntamente com a bexiga.

Pesquisa e dissecação cuidada do uretere direito, poupando-o a pinçagens e não levando a sua dissecação ao ponto de lhe comprometer a vitalidade, sem, por isso, deixar de o isolar. Para isto, torna-se precisa a

preensão do folheto posterior do ligamento largo, o conhecimento da posição, a sua dissecação com instrumento rombo, por via de regra uma sonda cânula, devendo-se isolar até próximo da bexiga.

Geralmente no decorrer da dissecação do uretere surge a uterina, que se laqueia para fora do mesmo, ao nível do sua crossa, procurando assim atingi-la antes de ter dado os vasos vaginais a que já nos referimos.

Os mesmos tempos operatórios à esquerda.

Isolados os ureteres, laqueadas as uterinas e possivelmente alguns vasos vaginais acidentalmente atingidos, repuxamento do útero para cima e para diante de maneira a tornar tensos os ligamentos útero-sagrados, sua secção perto do útero e isolamento do recto da vagina como adiante se isolou a bexiga.

Isolada a vagina, abertura da mesma na sua parte anterior, sempre que possível um centímetro abaixo da extensão do processo neoplásico, constatado pela palpação.

Introdução na vagina pela brecha feita, e logo que esta permita a sua passagem, dum tampão de gaze a extrair depois pela vulva. Fixação da vagina por pinças longas, de reparo, e secção circular da mesma até final.

Sutura da parede anterior da vagina à sua parede posterior com cinco a sete pontos de catgut.

Verificação da hemóstase depois de limpo o campo operatório e passado com éter.

Peritonisação com enterramento dos côtos de laqueação.

Retira-se a compressa protectora e sutura-se a parede abdominal em três planos, no peritoneu fazendo-se uma sutura contínua, a segunda, também de catgut, de pontos separados, apanhando tecido celular, aponevroses e ainda a sutura peritoneal, a terceira, da pele, feita por meio de agrafo de Michel. Estas três suturas são solidarisadas por dois pares de crinas que atravessam a pele, o tecido celular, aponevroses e músculos, e que se atam sobre um rôlo.

Extracção da gaze introduzida na vagina.

A supressão da drenagem, que o Snr. Prof. Teixeira Bastos adoptou, e que só faz, e então por via vaginal, quando indicações especiais a motivam, tem a vantagem de apressar notavelmente a cicatrização, e a sua prática não tem mostrado inconvenientes. Algumas vezes acontece que algum dos pontos da sutura da vagina supura. Aconteceu a uma das nossas doentes. Desde que isso se constata está indicada a sua secção, fácil de fazer com uma tesoura um pouco longa, o saltar de um ou dois pontos e a colocação dum dreno de gaze remediando o mal.

Impõem as doentes operadas de Wertheim cuidados post-operatórios que, de especial à operação, só têm o exame cuidado, e todos os dias feito, da sutura vaginal.

CASOS CLÍNICOS

Com as doentes portadoras de cancros uterinos que servem de base a êste trabalho farei agrupamentos, juntando os mais ou menos semelhantes, individualizando os que tiverem características especiais. Nesta ordem de ideias apresentarei os seguintes grupos:

Casos clinicamente inoperáveis.

Casos clinicamente operáveis, na realidade inoperáveis por propagação do processo neoplásico.

Casos clinicamente operáveis tornados inoperáveis pela recusa das doentes se deixarem operar.

Casos clinicamente operáveis nos quais foi impossível fazer mais do que uma histerectomia sub-total com esvaziamento do colo uterino.

Casos clinicamente operáveis e em que foi praticada a operação de Wertheim.

CASOS CLINICAMENTE INOPERÁVEIS

Dêste grupo, o mais numeroso, limitamo-nos a apresentar sete das trinta doentes que o constituem.

I

Maria S. J., de 40 anos, solteira, doméstica, hospitalizada em 30-10-1919 e tendo tido alta, no mesmo estado, em 10-11-1919.

ESTADO ACTUAL

Sintomas gerais — Descoloração da pele e mucosas. Astenia. Emaciação.

Exame local — Dores em fígada no fundo do abdómen, quasi permanentes, impedindo-a de descansar. Sensação de peso. Corrimento uterino abundante, sanguinolento, muito fétido.

Toque vaginal — Útero imóvel, colo volumoso, duro, doloroso à palpação forte. Orifício externo entre-aberto e fungoso. Fundos de saco apagados.

Exame ao espéculo — Extensa ulceração do colo sangrando facilmente.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Há cerca dum ano, após as menstruações, corrimento abundante que se tornou fétido e sanguinolento poucos meses mais tarde.

Há três meses começou a sentir dores no fundo do abdómen e as hemorragias a repetirem-se cada vez mais frequentemente, resolvendo por isso hospitalisar-se.

Antecedentes pessoais e hereditários — Sem importância.

Diagnóstico clínico — Cancro do colo do útero.

II

Elvira L. T., de 32 anos, solteira, serviçal, hospitalizada em 14-8-1921 e tendo tido alta, no mesmo estado, em 14-11-1921.

ESTADO ACTUAL

Sintomas gerais — Cefaleias frontais com exacerbações vesperais. Adenopatia inguinal dupla. Queda de cabelo.

Exame local — Corrimento uterino fétido, esverdeado, espesso, raiado de sangue. Menorragias e metrorragias. Dores em fígada no fundo do abdômen, ao nível da região hipogástrica, irradiando para a região lombar.

Toque vaginal — Colo uterino reduzido de volume, duro, indolor, sangrando facilmente. Empastamento extenso dos fundos de saco posterior e lateral direito. Retroflexão uterina. Útero pouco móvel.

Toque rectal — Útero fixo ao recto em toda a extensão da sua face posterior.

Exame ao espécúlo — Extensa erosão do colo uterino.

Reacção de Wassermann — Negativa.

Durante a micção ardência na uretra. Urinas turvas.

Ruídos cardíacos vibrantes.

Anorexia e obstipação.

Respiração diminuída no vértice pulmonar esquerdo, com alguns sarridos sub-crepitantes. Sub-macisnez na mesma região.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Há cerca de seis meses, diz a doente, que se iniciaram os seus padecimentos, as suas menstruações sendo seguidas de fortes hemorragias. Ultimamente vieram as dores juntar-se a uma hemorragia que a doente vem fazendo há dois meses e meio de mistura com o corrimento já mencionado.

Antecedentes pessoais e hereditários — Sem importância.

Ineficácia absoluta do tratamento antisifilítico pelo benzoato de mercúrio, iodeto de potássio e 914.

Diagnóstico clínico — Cancro do colo uterino.

III

Cândida J., de 58 anos, casada, doméstica, hospitalizada em 12-2-1923 e tendo tido alta, no mesmo estado, em 1-3-1923.

ESTADO ACTUAL

Sintomas gerais — Astenia, Emmagrecimento. Cefaleias frontais de tipo vespéral.

Exame local — Corrimento vaginal abundante, amarelo-acastanhado, sanguinolento, semelhando água de lavar carne, muito fétido.

Eritema da raiz das coxas.

Congestão da mucosa vulvar. Ulcerações vulvares e vaginais sangrando ao contacto do dedo.

Toque vaginal — Doloroso. Fundos de saco vaginais apagados, duros, desiguais. Colo uterino entre-aberto, ulcerado, com desigualdades de consistência e sangrando facilmente. Útero imobilizado.

Ardência quando das micções. Polaquiúria noturna.

Sons cardíacos ensurdecidos. Bradicardia — 50 pulsações por minuto.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Há cerca de dois anos que a doente sofre. Corrimento inicialmente sanguinolento, pouco abundante, pequenas hemorragias se repetindo a miúdo. A quantidade do corrimento foi aumentando até atingir as proporções com que hoje se apresenta. Ainda hoje não há outras dores senão as provocadas pela passagem da urina pelas regiões irritadas pelo seu corrimento.

Antecedentes pessoais e hereditários — Sem importância.

Diagnóstico clínico — Cancro do colo uterino.

IV

Tereza A. C., de 52 anos, casada, doméstica, hospitalizada em 2-3-1923 e tendo tido alta, no mesmo estado, em 9-3-1923.

ESTADO ACTUAL

Sintomas gerais — Astenia. Emmagrecimento. Côr amarelada dos tegumentos. Mucosas descoradas. Poliadenias inguinais.

Exame local — Dores abdominais no hipogástro e fossa ilíaca esquerda, onde são mais acentuadas.

Corrimento vaginal abundante, muito fétido, acastanhado, mais ou menos sanguinolento, por vezes acompanhado de fortes hemorragias.

A palpação mostra a existência, na região supra-púbica, dum tumor duro, de superfície lisa, que se estende para a fossa

iliaca esquerda, doloroso à pressão e móvel no sentido transversal.

Toque vaginal — Tumor do corpo do útero, que se encontra muito aumentado de volume. Colo uterino aberto, irregular, com erosões e vegetações moles, sangrando com facilidade. Fundos de saco vaginais apagados. Movimentos do colo muito reduzidos.

Exame ao espéculo — Confirma o toque no que diz respeito ao colo uterino.

Polaquiúria.

Pulso pequeno, hipotenso. Sons da base ensurdecidos.

Anorexia.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Há dois anos começou a ter um corrimento branco que foi aumentando pouco a pouco de quantidade e que actualmente é muito abundante. Hemorragias por vezes, desde há muitos anos as suas menstruações sendo irregulares, ora todos os meses, ora todos os 15 dias, e durando 4 ou 5 dias. Há três meses que faz hemorragias quasi diárias, abundantes, acompanhadas dum corrimento acastanhado, fluido, fétido, e de dores quasi continuas no baixo ventre.

Antecedentes pessoais e hereditários — Sem importância.

Diagnóstico clínico — Cancro do colo uterino e fibromioma antigo.

V

Maria S., de 38 anos, casada, doméstica, hospitalisada em 26-6-1923 e tendo tido alta, no mesmo estado, em 9-8-1923.

ESTADO ACTUAL

Sintomas gerais — Palidez. Cór amarelada da pele. Mucosas descoradas.

Exame local — Apresenta-se esta doente com um corrimento vaginal amarelo-esbranquiçado, fluido, bastante fétido, pouco abundante, ao mesmo tempo, e quási todos os dias, fazendo hemorragias violentas.

Ausência quási completa de dores que só se manifestam, e ligeiras, quando a doente urina.

Toque vaginal — Útero aumentado de volume. Orifício externo do colo entre-aberto. Desigualdades de consistência do colo. Fundos de saco completamente apagados, duros. Útero imobilizado.

Exame ao espéculo — Não fornece outros elementos.

Histerometria — 9 centímetros. Hemorragia provocada pela introdução do histerómetro.

Polaquiúria. Micções acompanhadas de dores ligeiras.

Pulso hipotenso.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Há dois anos que começou a fazer menorragias de perto seguidas de metrorragias, a princípio pequenas, mas alguns meses depois, seguidas de hemorragias mais abundantes. A ausência de dores fez com que a doente fosse deixando passar o tempo até que o enfraquecimento em que hoje se encontra a obrigou a hospitalisar-se.

Antecedentes pessoais — 4 filhos saudáveis e 1 aborto.

Antecedentes hereditários — Sem importância.

Diagnóstico clínico — Cancro do corpo do útero.

VI

Maria S. T., de 40 anos, solteira, doméstica, hospitalizada em 25-3-1924 e tendo tido alta, no mesmo estado, em 6-4-1924.

ESTADO ACTUAL

Sintomas gerais — Astenia. Emmagrecimento.

Exame local — Dores nas duas fossas ilíacas e região hipogástrica, imediatamente acima do púbis, contínuas, pouco intensas, exacerbando-se por vezes, principalmente de noite. Após as micções, que faz com uma certa dificuldade, fica sentindo uma ligeira ardência que a doente localisa à bexiga. Corrimento vaginal muito fétido e abundante, semelhante água de lavar carne, por vezes mais espesso, então com laivos de sangue.

Toque vaginal — Tôda a vagina, de paredes duras, infiltradas, se apresenta cheia de bridas, permitindo a custo a introdução dum dedo. Colo uterino muito duro, irregular, fendido, sangrando ao contacto do dedo. Útero com mobilidade reduzida. Fundo de saco anterior doloroso e completamente apagado.

Exame ao espéculo — impossível.

Disúria. Ardência no final das micções.

Anorexia.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Há um ano que deixou de ser menstruada, e quer antes quer depois, a doente não acusa qualquer estado mórbido do seu aparelho genital. Há seis meses começou o corrimento vaginal com os caracteres já descritos de perto seguido do aparecimento de dores. Há dois meses hemorragia uterina mais intensa,

aparecendo mais ou menos nesta altura as perturbações urinárias apontadas.

Antecedentes pessoais — Dois filhos. Foi sempre saudável.

Antecedentes hereditários — Sem importância.

Diagnóstico clínico — Cancro do colo uterino.

VII

Maria M. T., de 50 anos, casada, carrejona, hospitalizada em 9-2-1925 e tendo tido alta, no mesmo estado, em 23-3-1925.

ESTADO ACTUAL

Síntomas gerais — Astenia. Palidez. Côr amarelo palha dos tegumentos. Descoloração acentuada das mucosas.

Exame local — Hemorragia uterina violenta acompanhada dum corrimento vaginal abundante, amarelo-esbranquiçado, espesso, de mau cheiro.

Dores surdas, na região hipogástrica e fossas ilíacas. De vez em quando dores em fígada ao nível das mesmas regiões.

Toque vaginal — Útero volumoso. Colo duro, de orifício externo entre-aberto, com o lábio anterior maior do que o posterior. Desigualdades de consistência. Mobilidade uterina reduzida. Fundos de saco apagados, principalmente o lateral esquerdo.

Exame ao espéculo — Extensa ulceração do lábio posterior do colo, sangrando facilmente.

No final das micções ardência e sensação de peso na bexiga.

Pulso pequeno, hipotenso, traquicárdico (90 pulsações por minuto).

Anorexia.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Amenorreica há 5 anos, há 7 meses, bruscamente, fez uma violenta hemorragia, seguida de várias outras e do corrimento que descrevemos. Há 2 meses vieram as dores juntar-se àquela sintomatologia e pouco depois as perturbações urinárias descritas.

Antecedentes pessoais — 10 filhos 7 dos quais vivos e saudáveis.

Antecedentes hereditários — Sem valor.

Diagnóstico clínico — Cancro do colo uterino.

CASOS CLINICAMENTE OPERÁVEIS, NA REALIDADE INOPERÁVEIS POR PROPAGAÇÃO DO PROCESSO NEOPLÁSICO

Apresentamos só um dos três casos que encontramos nos registos da clínica cirúrgica. É característico e absolutamente análogo a outros que encontramos registados na literatura médica.

VIII

Iria G. R., de 50 anos, casada, doméstica, hospitalizada em 15-1-1921 e tendo tido alta, no mesmo estado, em 11-3-1921.

ESTADO ACTUAL

Sintomas gerais — Estado geral rasoável.

Exame local — Leucorreia espessa, amarelada, abundante. Sensação de peso no fundo do abdómen, ao nível do hipogástro, com dores sob a forma de fígada.

Toque vaginal — Útero aumentado de volume, sem desigualdades apreciáveis de consistência, duro, retro-vertido. Ligeiro empastamento do fundo do saco lateral direito. Mobilidade uterina rasoável.

Exame ao espéculo — Colo uterino regular, com alterações de côr, zonas violáceas de mistura com manchas claras e opalinas. Corrimento uterino sanguíneo.

Histerometria — 8 centímetros e meio.

Ligeira bradicardia (60 pulsações por minuto).

HISTÓRIA DA DOENÇA

Após o último parto, há 17 anos, ficou com um pequeno corrimento uterino fluído que se manteve durante 7 anos. Passado este período o corrimento tornou-se mais espesso, mais abundante, acastanhado, e ao mesmo tempo começaram de se manifestar dores fortes pelo ventre, mais intensas ao nível do hipogástro, dores que surgiam bruscamente, que se mantinham uns três ou quatro dias, período em que gradualmente diminuiam de intensidade, a períodos de acalmia seguindo-se outros de exacerbação das suas dores.

Há um ano supressão da menstruação. Há um mês hemorragia abundante que durou oito dias.

Antecedentes pessoais — 5 filhos saudáveis ; 2 falecidos.

Antecedentes hereditários — Sem importância.

Diagnóstico clínico — Cancro do corpo do útero.

Em 23-2-1921 foi a doente operada.

Feita a laparotomia mediana infra-umbilical e procedendo-se ao exame da doente constatou-se o seguinte :

O útero, globuloso, estava aderente ao intestino delgado, o peritoneu edemaciado, os ureteres duros e espessados. Nódulos

de volume variável disseminados pelos ligamentos largos, mais volumosos do lado direito, dêsse lado se encontrando também sôbre a parede pélvica. Fechou-se a cavidade abdominal.

Mais tarde a doente foi aconselhada a fazer termo-radioterapia, que sabemos fez com proveito, pelo menos ocasional, 3 meses dêsse tratamento fazendo desaparecer à doente o seu corrimento, as suas dores, o tamanho do útero tendo-se reduzido ligeiramente.

CASOS CLINICAMENTE OPERÁVEIS, TORNADOS INOPERÁVEIS POR AS DOENTES RECUSAREM DEIXAR-SE OPERAR

Dos registos da clínica cirúrgica só consta um destes casos e, se o apresentamos, não é porque êle tenha grande valor científico, mas sómente por termos, desde o início, resolvido apresentar os diferentes tipos de casos que pelo mesmo serviço passaram. A respeito da conduta da doente abstemo-nos de fazer apreciações.

IX

Maria J. R., de 53 anos, viuva, doméstica, hospitalisada em 2-3-1925 e tendo alta, no mesmo estado e por a exigir, em 27-3-1925.

ESTADO ACTUAL

Sintomas gerais — Estado geral rasoável.

Exame local — Queixa-se esta doente de dores por vezes em fígada no fundo do abdómen, ao nível da região hipogástrica.

Tem um corrimento fétido e de quando em quando faz pequenas mas repetidas hemorragias.

Toque vaginal — Corpo do útero aumentado de volume contrastando com o colo que está reduzido e duro.

Útero móvel. Fundos de saco vaginais normais.

Histerometria — 9 centímetros, a introdução cuidadosa do histerómetro no útero fazendo sangrar êste.

Restantes aparelhos sem alterações dignas de menção especial.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Amenorreica há 5 anos foi há um ano aproximadamente que viu surgir as suas hemorragias tendo há algum tempo já o seu corrimento uterino, pouco espesso, claro e não muito abundante.

Com o aparecimento das hemorragias coincidiu o aumento daquele corrimento que passou a ser acastanhado. Veio depois a sensação de pêso no fundo do abdómen e há cerca de três meses as dores em fígada de que a doente agora se queixa.

Antecedentes pessoais e hereditários — Sem importância.

Diagnóstico clínico — Cancro do corpo uterino.

CASOS CLINICAMENTE OPERÁVEIS MAS EM QUE FOI IMPOSSÍVEL FAZER MAIS DO QUE UMA HISTERECTOMIA SUB-TOTAL COM ESVASIAMENTO DO COLO UTERINO

São três os casos que encontramos nestas condições. Apresentamo-los dizendo o que se fez a cada um deles e porque se procedeu assim.

X

Ana M. G. de 50 anos de idade, solteira, serviçal, hospitalizada em 23-8-1921 e tendo tido alta, clinicamente curada, em 22-12-1921.

ESTADO ACTUAL

Sintomas gerais — Acentuada astenia e palidez.

Exame local — A doente queixa-se de dores no fundo do abdômen, pouco intensas, exacerbando-se por vezes, e que se traduzem habitualmente por uma sensação do pêso.

Corrimento vaginal espesso, sanguinolento. Por vezes hemorragias violentas, ora sob a forma de menorragias ora de metrorragias.

Toque vaginal — Colo uterino bosselado e de desigual consistência, ulcerado no seu bordo posterior, sangrando facilmente.

O corpo do útero apresenta na face anterior uma massa tumoral volumosa, dura, de superfície lisa e regular, mobilisável em conjunto com o útero, o colo estando bastante fixo.

Fundos de saco posterior e lateral esquerdo um pouco apagados.

Exame ao espéculo — Ligeiro corrimento uterino sanguinolento. Lábio posterior do colo com uma extensa ulceração que sangra ao menor contacto com qualquer corpo estranho.

Histerometria — Impossível.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Desde há cerca de 25 anos que esta doente faz as suas hemorragias uterinas, a que, há cerca de meio ano, se juntou um corrimento sero-sanguinolento quási constante. Há três meses

as hemorragias tornaram-se mais frequentes, embora por vezes pouco abundantes, obrigando a doente a hospitalisar-se. Há muito tempo que tem sensação de peso no fundo do abdómen, as dores em fígada sendo recentes, de há um mês.

Antecedentes pessoais e hereditários — Sem importância.

Diagnóstico clínico — Fibroma uterino e cancro do colo.

Tratamento — Medicação tendo em especial cuidado a anemia do doente e pre-operatória geral.

Em 25-11-1921 tratamento cirúrgico. A infiltração dos tecidos em torno do uretere esquerdo e a sua friabilidade impossibilitaram a sua dissecação obrigando a fazer uma histerectomia sub-total com esvaziamento do colo uterino.

Suites operatórias boas. Ligeira hipertermia nos primeiros 5 dias que seguiram a operação, com um máximo de 38° e 3 décimos na tarde de 26.

A doente foi aconselhada a fazer radioterápia.

Diagnóstico histo-patológico — Carcinoma glandular.

A doente foi procurada para se saber o seu estado mas não foi possível encontrá-la nem colher quaisquer informações a seu respeito.

XI

Josefa C., de 36 anos, solteira, serviçal, hospitalisada em 11-6-1924 e tendo tido alta, clinicamente curada, em 6-7-1924.

ESTADO ACTUAL

Sintomas gerais — Ligeira astenia e emmagrecimento.

Exame local — Sensação de peso no hipogástro. De vez em quando, aparecendo irregularmente, pequenas metrorragias. Dores

nas duas fossas ilíacas, surdas, e, frequentes vezes, dores em fisgada, sobretudo quando caminha.

Corrimento vaginal amarelado, por vezes sero-sanguinolento, tomando o aspecto de água de lavar carne.

A palpação abdominal provoca dores pouco intensas nas duas fossas ilíacas e região supra-púbica.

Toque vaginal — Colo do útero parecendo normal em consistência e tamanho. No fundo de saco de Douglas palpam-se os anexos esquerdos, dolorosos, e através do fundo de saco vaginal posterior notam-se aderências que imobilizam um pouco o útero. Não há infiltração edematosa dos fundos de saco vaginais.

Corpo do útero ligeiramente aumentado de volume.

Exame ao espéculo — Não revela nada de valor.

Histerometria — 7 centímetros. O histerómetro provocou pequena hemorragia.

Pulso hipotenso. Ruídos cardíacos da base apagados.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Conta a doente que desde os 18 anos de idade, data em que foi pela primeira vez menstruada, os seus períodos menstruais foram muito irregulares, faltando alguns meses sem que todavia a doente tivesse dores.

Aproximadamente há 2 anos esteve menstruada durante dois dias, a seguir tendo dores violentas no hipogástro e ao mesmo tempo um corrimento amarelado, de mau cheiro, abundante.

15 dias mais tarde teve uma hemorragia violenta, à qual se seguiram outras, ora pequenas ora mais abundantes, nunca mais sabendo quando se encontrava menstruada. De então para cá estes sintomas apresentam alternativas de sedação e exacerbação, encontrando-se actualmente um pouco melhor.

Antecedentes pessoais — Sempre fraca.

Antecedentes hereditários — Mãe falecida de cancro uterino.

Diagnóstico clínico — Anexos esquerdos ptosados e com fenómenos inflamatórios. Cancro do corpo do útero,

Tratamento — Medicação pre-operatória geral.

Em 19-6-1924 tratamento cirúrgico. Após a laparotomia mediana infra-umbilical verificou-se a existência duma hidro-salpingite direita, trompa esquerda ampolar, irregular, ovário esquerdo ptosado. Corpo do útero globuloso, aumentado de volume.

Numerosas aderências fixavam todos estes órgãos e aglomeravam ainda algumas ansas intestinais. Por impossibilidade de fazer um Wertheim fez-se uma histerectomia sub-total com dupla anexectomia e esvaziamento do colo uterino.

Suites operatórias normais com ligeira hipertermia durante 7 dias, com um máximo de temperatura (37°,8) ao 4.º dia depois da operação. A doente foi aconselhada a fazer radioterapia.

Diagnóstico histo-patológico — Adeno-carcinoma em início. (Os cortes analisados eram do corpo).

Da doente não conseguimos saber mais informes apesar de ter sido procurada.

XII

Carolina G. S., de 42 anos, solteira, doméstica, hospitalizada em 4-12-1924 e tendo tido alta, clinicamente curada, em 10-1-1925.

ESTADO ACTUAL

Sintomas gerais — Descoloração da pele e mucosas. Astenia.

Exame local — Dores surdas no fundo do abdómen que de quando em quando se exacerbam e irradiam para as coxas. Sen-

sação permanente de pêso ao nível do hipogástro. Meno e metrorragias e no seu intervalo leucorreia abundante, amarelada, fétida.

Toque vaginal — Útero pouco móvel. Volumoso tumor do corpo uterino parecendo desenvolver-se principalmente à custa da face anterior.

Fundo de saco anterior quasi completamente apagado.

Exame ao espéculo — Permite constatar a existência de corrimento uterino.

Histerometria — Impossível dando origem a grande hemorragia a tentativa de introdução do histerómetro.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Em fins de 1923 hemorragia uterina que durou três meses. Depois leucorreia de longe a longe com laivos de sangue.

Ultimamente, em maio, novas hemorragias violentas que não cederam a vários tratamentos que a doente fez.

Antecedentes pessoais e hereditários — Sem importância.

Diagnóstico clínico — Fibroma uterino e cancro do corpo.

Tratamento — Medicação pre-operatória geral. Em 29-12-1924 tratamento cirúrgico. Histerectomia sub-total com esvaziamento do côto uterino.

Íntimas aderências do útero à bexiga impediram de fazer a histerectomia total.

Suites operatórias sem nada de notável, nem mesmo elevação de temperatura. Apenas 37°,6 na tarde do dia em que foi operada.

Foi aconselhada a fazer radioterapia.

Diagnóstico histo-patológico — Epitelioma.

Esta doente vive e está bem.

Destas três doentes vemos que na primeira é a alteração dos tecidos, por propagação do processo neoplásico que, impedindo a dissecação dos ureteres, obstou a que se fizesse a operação de Wertheim; na segunda são fenómenos inflamatórios que conduzem ao mesmo resultado; finalmente na terceira foram as aderências à bexiga, numa doente que não acusa perturbações vesicais, que obrigaram a fazer o que se pôde sem se conseguir o que se desejava — a histerectomia total.

CASOS CLINICAMENTE OPERÁVEIS E NOS QUAIS FOI PRATICADA A OPERAÇÃO DE WERTHEIM

São em número de 14 as doentes nestas condições, umas nitidamente operáveis, outras no limite da operabilidade. Destas 14 só foi possível apurar a sorte de 8. A imprecisão das moradas de umas, moradas erradas de outras, mudança de residência das restantes, fez com que melhor não pudesse ser o êxito das pesquisas feitas.

Nem tôdas têm exame histo-patológico, se bem que sempre tenha sido pedido, e, dos 9 casos com exame histológico, em dois não foi confirmado o diagnóstico clínico. É pelo facto de julgarmos os sinais, clinicamente colhidos, suficientes para pôr o diagnós-

tico que nós os apresentamos neste trabalho, embora talvez pareça que dele deviam ser excluídos.

Das 8 doentes cuja sorte conseguimos apurar, 6 estão bem, 2 faleceram. A cada uma nos referiremos em especial na sua história clínica.

XIII

Carolina S., de 41 anos, viuva, doméstica, hospitalizada em 14-5-1919, tendo tido alta, clinicamente curada, em 9-7-1919.

ESTADO ACTUAL

Sintomas gerais — Astenia. Emaciação.

Exame local — Dores surdas no hipogástro com irradiação para os lombos. Sensação de peso no fundo do abdómen. Corrimento uterino sero-hemático, abundante, ligeiramente fétido.

Toque uterino — Útero aumentado de volume, duro, doloroso, com irregularidades de consistência e de superfície, sangrando facilmente. Mobilidade uterina normal. Fundos de saco vaginais livres.

Exame ao espéculo — Colo uterino volumoso com zonas de cor vermelha vinosa, outras opalinas, com o orifício externo entre-aberto, dando passagem a um líquido hemático pouco espesso e abundante.

Histerometria — 7 centímetros.

Anorexia.

O exame cistoscópico feito nesta doente mostrou um au-

mento ligeiro de irrigação da parede posterior da bexiga, a doente não acusando perturbações urinárias.

Reacção de Wassermann — Negativa.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Desde há oito anos que, consecutivamente a um parto, ficou com corrimento uterino abundante, esbranquiçado. Há 7 meses o corrimento tornou-se sanguinolento e um pouco fétido. Ultimamente, há três ou quatro meses, dores a principio surdas e traduzindo-se por sensação de pêso no fundo do abdómen, depois em fisgada e irradiando para os lombos.

Antecedentes pessoais — 9 filhos dos quais faleceram 6.

Antecedentes hereditários — Sem importância

Diagnóstico clínico — Cancro do colo uterino.

Tratamento — Medicação pre-operatória geral. Em 24-5-1919 intervenção cirúrgica. Operação de Wertheim com drenagem vaginal.

Diagnóstico histo-patológico — Degenerescência epiteliomatosa.

Não podemos dar informações da doente, que não foi encontrada.

XIV

Maria L. P., de 37 anos, casada, doméstica, hospitalizada em 21-4-1920 e tendo tido alta, clinicamente curada em 17-8-1920.

ESTADO ACTUAL

Sintomas gerais — Rasoável estado geral.

Exame local — Sensação de pêso no fundo do abdómen.

Corrimento sanguinolento

Toque vaginal — Útero fortemente anteflectido.

Colo volumoso, bosselado, com desigualdades de consistência. Boa mobilidade uterina. Fundos de saco normais.

Exame ao espéculo — Confirma o toque e permite verificar desigualdades de coloração, principalmente no lábio anterior, que sangra ao menor contacto.

Polaquiúria.

Obstipação.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Há 3 meses aborto de pouco mais de um mês seguido de hemorragia que durou umas 4 semanas. Levantou-se e 15 dias mais tarde nova hemorragia a que se seguiu um corrimento uterino.

Antecedentes pessoais — 4 filhos saudáveis, 3 abortos.

Antecedentes hereditários — Sem importância.

Diagnóstico clínico — Cancro do colo uterino.

Tratamento — Medicação geral pre-operatória.

Em 26-7-1921 intervenção cirúrgica sendo praticada a operação de Wertheim sob rachianestesia pelo método de Riche.

A parede da bexiga, muito friável, foi lacerada na extensão de 1 centímetro e suturada em dois planos.

Suites operatórias normais.

Diagnóstico histo-patológico — Epitelioma uterino.

A doente vive e está bem.

XV

Ana R. F. S., de 30 anos, casada, doméstica, hospitalizada em 9-11-1921 e tendo tido alta, clinicamente curada, em 17-12-1921.

ESTADO ACTUAL

Sintomas gerais — Astenia, emaciação, descoloração da pele e mucosas.

Exame local — Corrimento uterino sanguinolento, abundante, muito fétido. Sensação de peso no fundo do abdómen com trilhamento lombar.

Dores em fígada no útero.

Toque uterino — Colo uterino ulcerado, mole, sangrando facilmente.

Corpo mole e volumoso. Empastamento dos fundos de saco laterais através dos quais se palpam cordões linfáticos duros.

Anexos esquerdos ptosados.

Exame ao espécúlo — Ulceração crateriforme de colo uterino, que se apresenta violáceo.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Começou há oito meses a sentir uma dor surda no útero, descontínua. Ao mesmo tempo apareceu um corrimento vaginal branco que poucos dias depois se tornava ensanguentado. Êste corrimento foi aumentando, o mesmo acontecendo às dores, e tornando-se ultimamente muito fétido.

Antecedentes pessoais — 4 filhos, dois vivos e saudáveis, dois falecidos.

Antecedentes hereditários — Sem importância.

Diagnóstico clínico — Cancro do colo uterino.

Tratamento — Medicação geral pre-operatória.

Em 3-12-1921 operação de Wertheim. Sutura de vagina. Raquianestesia pelo método de Riche.

Os tecidos peri-uterinos apresentavam-se muito friáveis. Edema da parede dos ureteres, principalmente à direita.

Diagnóstico histo-patológico — Tumor maligno do útero cuja espécie não foi possível determinar. O exame de diferentes porções do útero (colo e fundo), trompas e ligamentos largos não denunciou a presença de células neoplásicas invasoras.

Um ano depois a doente veio ao serviço da clínica cirúrgica queixando-se de dores ao nível da fossa ilíaca direita, ao toque palpando-se uma tumefacção do volume duma tangerina, dura, fixa. Apesar da aplicação de raios X, a tumefacção foi progredindo, a astenia acentuando-se, vieram hemorragias intestinais violentas, fezes dissolvidas na urina, a caquexia progrediu e a doente faleceu cerca de ano e meio depois de operada.

XVI

Maria R. M., de 54 anos, viuva, doméstica, hospitalizada em 3-4-1922 e tendo tido alta, clinicamente curada, em 3-6-1922.

ESTADO ACTUAL

Sintomas gerais — Astenia.

Exame local — Leucorreia espessa e fétida. Hemorragias uterinas repetidas.

Toque uterino — Colo reduzido de volume e duro. Mobilidade uterina diminuída. Fundo de saco posterior apagado.

Exame ao espéculo — Larga ulceração do colo uterino de bordos irregulares, sangrando facilmente.

Histerometria — Impossível.

Reacção de Wassermann — Positiva.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Supressão do fluxo menstrual há um ano. Em agosto hemorragias uterinas, repetindo-se freqüentes vezes. Nos fins do ano passado veio o corrimento que breve se tornou fétido.

Ausência de dores.

Antecedentes pessoais — 4 filhos, dois dos quais falecidos.

Antecedentes hereditários — Sem importância.

Diagnóstico clínico — Cancro do colo implantado em terreno sifilítico. Em 24-4-1922 curetagem uterina para biópsia.

Diagnóstico histo-patológico — Epitelioma uterino.

Tratamento — Medicação pre-operatório geral precedida de tratamento específico.

Em 17-5-1922 tratamento cirúrgico. Operação de Wertheim. Sutura da vagina.

Raquianestesia pelo método de Riche.

Suites operatórias com elevação térmica nos oito dias que se seguiram à operação, com um máximo de 38º,9 no dia 19.

Esta doente faleceu não se tendo podido apurar a causa nem a data da sua morte.

XVII

Raquel M., de 49 anos, casada, doméstica, hospitalizada em 12-4-1922 e tendo tido alta, clinicamente curada, em 2-7-1922.

ESTADO ACTUAL

Sintomas gerais — Astenia.

Exame local — Sensação de peso no fundo do abdômen. Por vezes dores em fígada. Corrimento acastanhado, fétido.

Toque vaginal — Colo uterino reduzido de volume, com desigualdades de consistência, duro. Útero retroflectido. Mobilidade uterina reduzida.

Exame ao espéculo — Desigualdade de coloração da mucosa do colo, que apresenta erosões no seu bordo posterior.

Histerometria — 5,5 centímetros.

Prolapso da mucosa anal. Hemorroidas externas. Obstipação.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Amenorreica há 7 anos, há cerca dum ano que, de quando em quando, faz metrorragias, no intervalo das quais apresenta um corrimento branco, pouco abundante, que há 3 ou 4 meses se tornou fétido. Ultimamente, não precisando a data do seu aparecimento, dores em fígada.

Reacção de Wassermann — Negativa.

Antecedentes pessoais — Teve seis filhos, dos quais faleceram quatro. Um parto prematuro. Marido saudável.

Antecedentes hereditários — Sem importância.

Diagnóstico clínico — Cancro do colo uterino.

Tratamento — Medicação pre-operatória geral.

Em 13-5-1922 operação de Wertheim. Sutura da vagina. Raquianestesia pelo método de Riche.

Uretere direito fixo e repuxado para o fundo do útero, com o qual tinha intimas relações, dificilmente dissecado.

Suites operatórias. Ligeira elevação de temperatura, com um máximo de 38°3, durante 10 dias.

Diagnóstico histo-patológico — Lesões inflamatórias. Sífilis?

A doente vive e tem boa saúde.

XVIII

Maria C., de 48 anos, casada, doméstica, hospitalizada em 29-5-1922 e tendo tido alta, clinicamente curada, em 26-7-1922.

ESTADO ACTUAL

Sintomas gerais — Astenia. Emaciação. Descoloração da pele e mucosas.

Exame local — Sensação de pêso no hipogástro onde por vezes sente dores em fígada.

Menorragias, os períodos menstruais durante doze dias. Hidrorreia.

Toque vaginal — Colo uterino aumentado de volume, com desigual consistência, duro, com o orifício externo entre-aberto.

Útero em anteflexão. Na sua face anterior encontra-se uma tumefacção dura, de superfície lisa, do tamanho duma laranja, intimamente ligado ao corpo do útero. Anexos esquerdos dolorosos.

Exame ao espéculo — Pequeno pólipó do lábio posterior do colo do útero, êste apresentando desigualdades de coloração.

Histerometria — 10 centímetros.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Há aproximadamente um ano que a doente vê as suas menstruações durarem doze dias e repetirem-se de três em três semanas.

Não precisa a data do aparecimento da hidrorreia.

Antecedentes pessoais — 8 filhos.

Antecedentes hereditários — Sem importância.

Diagnóstico clínico — Anexite esquerda. Fibromioma uterino. Cancro do corpo.

Tratamento — Medicação pre-operatória geral. Em 25-6-1922 operação de Wertheim. Sutura da vagina. Raquianestesia.

Suites operatórias sem nada de especial.

Diagnóstico histo-patológico — Comêço de degenerescência.

A doente vive e está bem.

XIX

Maria A., de 46 anos, casada, doméstica, hospitalisada em 25-10-1922 e tendo tido alta, clinicamente curada, em 8-12-1922.

ESTADO ACTUAL

Sintomas gerais — Notável emmagrecimento nos últimos cinco meses.

Exame local — Corrimento uterino espesso, abundante, côr de água de lavar carne. Sensação de pêso no fundo do abdômen e de quando em quando fortes dores em fígada ao nível do hipogástro.

Toque vaginal — Colo uterino aumentado de volume, com o orifício externo em forma de fenda, entreaberto, permitindo a entrada da polpa dum dedo.

Desigualdades de consistência.

Útero em anteflexão.

Empastamento do fundo de saco lateral direito.

Anexos do lado direito dolorosos.

Exame ao espéculo — Erosão extensa do colo uterino, sangrando facilmente. Pequeno pólipso do lábio anterior.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Há muitos anos que sofre do útero fazendo menorragias e metrorragias. Há um ano os seus padecimentos aumentaram tornando-se as hemorragias freqüentes e aparecendo-lhe o corrimento uterino que agora tem. Ultimamente à sensação de peso, antiga, que tinha no fundo do abdômen, juntaram-se dores em fígada, cujo início não sabe precisar.

Antecedentes pessoais — Seis filhos. Três abortos.

Antecedentes hereditários — Sem importância.

Diagnóstico clínico — Anexite direita. Cancro do colo.

Tratamento — Medicação pré-operatória geral.

Em 10-11-1922 operação de Wertheim. Sutura de vagina. Raquianestesia pelo método de Riche.

Suites operatórias com uma curva térmica irregular relacionada com perturbações intestinais que a doente fez, predominando fenómenos de paresia intestinal.

Não há exame histo-patológico da peça extrahida.

A doente está viva e passa bem.

XX

Ana D. M., de 44 anos, viuva, doméstica, hospitalizada em 31-10-1922 e tendo tido alta, clinicamente curada, em 20-12-1922.

ESTADO ACTUAL

Dores em fígada no útero. Metrorragias. Corrimento fluido, por vezes sanguinolento.

Toque vaginal — Colo uterino duro, desigualmente consistente.

Corpo globuloso e aumentado de volume. Anexos esquerdos ptosados e dolorosos. Útero móvel. Fundos de saco vaginais normais.

Exame ao espéculo — Orifício do colo em crescente, com notáveis desigualdades de coloração.

Histerometria — 8 centímetros, a introdução do histerómetro provocando hemorragia.

Murmúrio respiratório do vértice pulmonar direito diminuído.
Anorexia.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Há cinco anos que teve um abôrto, com o qual relaciona os seus padecimentos, seguido de hemorragias uterinas durante mais de um mês.

Há um ano menorragias e metrorragias seguidas de corrimento uterino fluido, por vezes sanguinolento, semelhante água de lavar carne.

Antecedentes pessoais — Casada aos 19 anos teve 7 filhos dos quais faleceram 3 e um abôrto.

Antecedentes hereditários — Sem importância.

Diagnóstico clínico — Cancro do corpo uterino.

Tratamento — Medicações pre-operatória geral.

Em 13-II-1922 operação de Wertheim. Sutura da vagina.

Raquianestesia pelo método de Riche.

Suites operatórias normais.

A doente vive e tem saúde.

Da peça extraída não há exame anatomo-patológico.

XXI

Ana A., de 42 anos, casada, doméstica, hospitalizada em 16-9-1923 e tendo tido alta, clinicamente curada em 14-11-1923.

ESTADO ACTUAL

Sintomas gerais — Astenia.

Exame local — Leucorreia espessa e abundante. Sensação de peso no fundo do abdômen.

Toque vaginal — Colo uterino volumoso, de orifício externo entre-aberto, com nódulos duros nos dois lábios, sangrando facilmente.

Mobilidade uterina ligeiramente reduzida. Fundo de saco posterior apagado.

Exame ao espéculo — Aflorando ao orifício externo do colo, corrimento sanguíneo. Zonas violáceas alternando com zonas vermelhas e outras opalinas. Hemorragia fácil.

Anorexia.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Há um ano teve um aborto de dois meses seguido de hemorragias demoradas. Três meses depois, sensação de peso. Corrimento uterino espesso, sanguinolento e de quando em quando hemorragias uterinas. Nunca teve dores fortes.

Antecedentes pessoais — Sempre fraca. 5 filhos saudáveis e 3 abortos.

Antecedentes hereditários — Mãe falecida de cancro no ventre (?).

Diagnóstico clínico — Cancro do colo uterino.

Tratamento — Medicação pré-operatória geral. Em 13-10-1923 operação de Wertheim. Sutura da vagina. Rachianestesia pelo método de Riche.

Operação seguida de pequena elevação de temperatura em 9 dias que seguiram a operação.

Não foi feito exame histológico à peça extraída.

Não pudemos apurar nada desta doente que não foi encontrada.

XXII

Maria R. J., de 46 anos, casada, hospitalizada em 17-12-1923 e tendo tido alta, clinicamente curada, em 14-1-1924

ESTADO ACTUAL

Sintomas gerais — Palidez. Astenia.

Exame local — Corrimento vaginal amarelo-acastanhado, por vezes apresentando estrias de sangue, espesso, abundante, fétido.

Toque vaginal — Útero levemente aumentado de volume, duro.

Colo de orifício externo entre-aberto, desigualmente consistente, o seu lábio anterior sendo mais mole, regular e volumoso.

A palpação do fundo de saco anterior mostra menos mobilidade da sua parede. Fundos de saco laterais e posterior normais.

Exame ao espéculo — Desigualdades de coloração do colo, o seu bordo anterior sangrando facilmente.

Histerometria — 7 centímetros.

Pouco apetite.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Em abril próximo passado, último período menstrual, este como os últimos tendo sido doloroso.

De então para cá começou e aumentou gradualmente o corrimento que apresenta, de quando em quando juntando-se-lhe pequenas hemorragias.

Antecedentes pessoais — 5 filhos, dois dos quais falecidos.

Antecedentes hereditários — Pae falecido de cancro de estômago.

Diagnóstico clínico — Cancro do colo uterino.

Tratamento — Medicação geral pré-operatória.

Em 27-12-1923 operação de Wertheim. Sutura de vagina. Anestesia geral com éter.

Suites operatórias. Elevação de temperatura com um máximo de 38°,4 nos primeiros cinco dias após a operação.

Não possuímos o resultado do exame histo-patológico da peça extraída.

Não pudemos apurar nada do estado desta doente.

XXIII

Angelina R. O., de 46 anos, casada, doméstica, hospitalizada em 21-1-1924 e tendo tido alta, clinicamente curada, em 20-3-1924.

ESTADO ACTUAL

Sintomas gerais — Bom estado geral.

Exame local — Sente dores surdas e constantes no baixo ventre, na bexiga, diz a doente. Polaquiúria com dores intensas no fim da micção. Urinas turvas, purulentas. Hematúria terminal.

Urinas em quantidade normal. De quando em quando pequenas hemorragias uterinas.

Toque vaginal — Colo uterino volumoso, com o orifício externo entre-aberto. Lábio anterior mais volumoso do que o posterior, mais duro, como que fendido verticalmente a meio. Útero móvel e de tamanho normal.

Exame ao espéculo — Desigualdades de coloração do colo. Hemorragia fácil.

Histerometria — 6,5 centímetros.

Exame cistoscópico — Lesões de cistite crônica.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Sofre da bexiga há dez anos a despeito do tratamento vesical que lhe tem sido feito.

Ultimamente, há três meses, começou a fazer pequenas hemorragias uterinas, sob a forma de menorragias e de metrorragias.

Antecedentes pessoais — Três filhos vivos.

Antecedentes hereditários — Sem importância.

Diagnóstico clínico — Cistite crônica. Cancro do colo uterino.

Tratamento — Além da medicação instituída à sua cistite fez medicação pré-operatória geral.

Em 22-2-1924, operação de Wertheim. Sutura da vagina. Raquianestesia.

Suites operatórias com hipertermia durante sete dias.

Diagnóstico histo-patológico — Adeno-carcinoma do útero.

Também esta doente não foi encontrada.

XXIV

Rosa J. J. P., de 45 anos, solteira, serviçal, hospitalizada em 25-2-1924 e tendo tido alta, clinicamente curada, em 14-4-1924.

ESTADO ACTUAL

Sintomas gerais — Astenia. Cefaleias intensas.

Exame local — Queixa-se de dores em fígada no baixo ventre que aumentam de intensidade quando faz esforços para urinar, o que faz freqüentes vezes.

Corrimento vaginal castanho claro, de mau cheiro, abundante, espesso.

Toque vaginal — Lábio anterior do colo irregular, aumentado de volume, de consistência desigual.

Fundo de saco vaginal anterior apagado. Mobilidade uterina ligeiramente reduzida.

Exame ao espéculo — Confirma o toque. Desigualdades de coloração do colo. Hemorragia fácil.

Polaquiúria e disúria.

Pulso hipotenso.

Anorexia.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Há dois anos que se iniciou o corrimento mencionado, menos abundante e sem cheiro, que só há cerca de meio ano adquiriu.

Há cerca dum ano as suas regras tornaram-se mais abundantes do que anteriormente, pôsto não aumentasse o número de dias da sua duração, cinco na média. Essa perda de sangue

nesses períodos vem-se acentuando cada vez mais, tendo sido a sua abundância que a fez hospitalizar-se.

Antecedentes pessoais — Dois filhos.

Antecedentes hereditários — Sem importância.

Diagnóstico clínico — Cancro do colo uterino.

Tratamento — Medicação pré-operatória geral.

Em 24-3-1924 operação de Wertheim. Sutura da vagina. Raquianestesia pelo método de Riche.

A separação da bexiga foi difícil e não pôde fazer-se sem que esta fôsse lesada, a solução de continuidade feita, por onde se escuou uma pequena quantidade de urina, sendo suturada com catgut em dois planos.

Suites operatórias. Hipertermia nos 7 dias que seguiram à operação acentuando-se ao quarto dia, coincidindo com fenómenos de congestão pulmonar, que motivaram a administração de 20 c. c. de sôro anti-pneumocócico, a temperatura começando a baixar no dia imediato à sua aplicação.

Não possuímos exame histológico da peça enviada para análise. A doente vive e tem saúde.

XXV

Adelaide V. S. C., viuva, doméstica, hospitalizada em 20-7-1924 e tendo tido alta, clinicamente curada, em 23-8-1924.

ESTADO ACTUAL

Sintomas gerais — Astenia.

Exame local — Queixa-se a doente que faz frequentemente hemorragias uterinas.

Integridade vesical constatada pelo exame cistoscópico.
Fígado ligeiramente aumentado de volume. Fezes descoradas. Anorexia.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Vem de há muitos anos os padecimentos uterinos desta doente que motivaram há um ano o seu tratamento pelo rádio. Vejamos a sintomatologia com que se apresentava então. Sofria de dores intensas no baixo ventre que de quando em quando se exacerbavam e irradiavam para os lombos. Além destas dores tinha permanentemente uma sensação de pêso no fundo do abdômen que mais se acentuava depois das micções. Corrimento vaginal abundante, seroso, sanguinolento, muito fétido.

O exame directo mostrou uma erosão antiga do colo, metritica, aquele apresentando-se com um volume normal. O corpo apresentava-se aumentado de volume, muito duro, essa dureza estendendo-se ao colo, de aspecto violáceo.

Fundos de sacos duros, pouco depressíveis existindo inflamação da vagina.

Foi diagnosticado um epitelioma do corpo do útero que o exame biópsico confirmou, isto em julho de 1923, fazendo então radioterapia (vaginal e intra-cervical), melhorando. O radium provocou-lhe uma rectite que curou. Um ano mais tarde a doente volta a aparecer porque de novo surgiram as hemorragias. O toque feito então mostra ter desaparecido quasi completamente a infiltração dos fundos de saco vaginais, a mobilidade uterina sendo rasoável.

A doente foi aconselhada a deixar-se operar, a 5-8-1924 sendo-lhe feita a operação de Wertheim. Raquianestesia pelo método de Riche. Sutura da vagina.

Suites operatórias normais.

A doente vive, está bem do seu aparelho genital e, diz ela, depois da operação até do seu figado se sente melhor.

XXVI

Cândida F. R., de 50 anos, casada, doméstica, hospitalizada em 10-10-1924 e tendo tido alta, clinicamente curada, em 27-11-1924.

ESTADO ACTUAL

Sintomas gerais — Astenia. Fadiga fácil.

Exame local — Dores surdas, persistentes, no fundo do abdómen. Pequenas hemorragias. Corrimento fluido, por vezes sanguinolento.

Toque vaginal — Colo uterino duro e volumoso. Útero retrovertido, volumoso, com nódulos duros. Fundos de sacos vaginais livres. Anexos normais.

Histerometria — 8 centímetros.

Pulso pequeno, hipotenso.

Anorexia.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Amenorreica há 3 anos, há 2 começou a ter a sensação de peso no fundo do abdómen. Há 1 ano veio o corrimento que a doente apresenta, por vezes semelhante água de lavar carne. Há meses, de quando em quando, pequenas hemorragias.

Antecedentes pessoais — 4 filhos e 6 abortos. Marido saudável.

Diagnóstico clínico — Cancro do corpo do útero.

Tratamento — Medicação pré-operatória geral.

Em 10-11-1924 operação de Wertheim. Sutura da vagina. Raquianestesia pelo método de Riche.

Histo-diagnóstico — Degenerescência quística das glândulas do colo. Algumas glândulas apresentam pequena hiperplasia. Do corpo não nos diz nada.

Não pudemos colher quaisquer informações desta doente.

CONCLUSÕES

Um trabalho como o nosso, assentando sôbre doentes operadas de 1918 para cá, e em pequeno número, manifestamente que não permite tirar seguras conclusões quanto aos resultados tardios da operação que defendemos. A tal respeito não é só dêste trabalho que resulta a convicção em que estamos de que :

O cancro uterino é uma doença cirurgicamente curável, quando tratada a tempo.

Esta afirmação arrasta outra que tem por fim marcar as condições de operabilidade.

Todo o útero canceroso mobilisável, sem propagação à bexiga ou ao recto, que não tenha dado metástases, coincidindo com fundos de saco vaginais mais ou menos íntegros, ou ainda um útero imobilizado à custa de outras causas que não seja a propagação do neoplasma, se dão esperanças de uma operação asséptica,

deve ser extirpado desde que o estado geral da doente não contra-indique a intervenção.

Vemos ainda que, para que êste resultado se consiga, é preciso saber diagnosticar cedo. Por isso afirmamos :

Impõe-se a divulgação da sintomatologia do cancro uterino, impõe-se uma educação perfeita de médicos e parteiras para que, ou diagnosticando, ou reconhecendo-se incapazes de o fazer, enviem prontamente ao ginecologista as suas doentes suspeitas.

Julgamos ainda dever frisar que :

O cancro uterino não tem sinais patognômicos.

As hemorragias uterinas espontâneas e provocadas têm tanto mais valor quanto mais próximas de menopausa, se a precedem, muito mais ainda se se lhe seguem, quer precoce, quer tardiamente, e impõem sempre um exame ginecológico que pode evidenciar alterações de volume, de consistência e de côr, auxiliares preciosos para se chegar ao diagnóstico.

Não se devem tratar corrimentos uterinos sem procurar saber qual é a sua causa e sem pensar que podem ser um sinal de cancro.

E ainda porque o cancro no início é quasi sempre difficilmente diagnosticado diremos que :

Em caso de dúvida a intervenção impõe-se.

Preferimos, dentro do tratamento cirúrgico, a operação de Wertheim porque:

No seu primeiro tempo permite o exame da cavidade abdominal, que por vezes reserva surpresas; dá-nos um melhor campo operatório, tornando mais facéis as dissecções, por vezes laboriosas, que é preciso fazer; a sua mortalidade operatória não é maior do que a de qualquer intervenção de todos os dias, desde que sejam bem postas as suas indicações e bem executados os seus tempos operatórios.

Os trabalhos de Leveuf e Godard, que citamos no decorrer dêste trabalho, impõem, como um dos tempos finais da operação de Wertheim, o exame dos gânglios que ocupam a bifurcação da íliaca primitiva.

VISTO

Teixeira Bastos

Presidente.

PODE IMPRIMIR-SE

Prof. Alberto de Aguiar

Pelo Director.

BIBLIOGRAFIA

- TESTUT ET JACOB — Traité d'Anatomie Topographique — 2.^a édition — T. II — 1909.
- FAURE ET SIREDEY — Traité de Gynécologie Médico-chirurgicale — 3.^a édition — 1923.
- FAURE — Cancer de l'uterus — 1925.
- LEVEUF ET GODARD — Les lymphatiques de l'uterus — «Révue de Chirurgie» — T. LXI — Pág. 219 — 1923.
- VILLEMIN, HUARD ET MONTAGNÉ — Recherches anatomiques sur les lymphatiques du rectum et de l'anus. Leur applications dans le traitement chirurgical du cancer — «Révue de Chirurgie» — T. LXIII — Pág. 39 — 1925.
- POIRIER, CHARPY, HOVELACQUE, ETC. — Traité d'Anatomie Humaine — T. V — 3.^a édition.
- E. DUROUX — Les Cancers — 1923.
- ZWEIFEL — Early symptoms of carcinoma of the uterus — «The Journal of the American Medical Association» — Vol. LXXVII 2 — 1922 — Pág. 1611.

- SIREDEY — Early diagnosis of uterine cancer — «The Journal of the American Medical Association» — Vol. LXXVIII — 2-1922 —
— Pág. 1930.
- GERICH — Early diagnosis of uterine cancer — «The Journal of The American Medical Association» — Vol. LXXXIII — 2 — 1923 —
— Pág. 2157.
- SIREDEY — Utilité du curetage pour le diagnostic précoce du cancer de l'uterus — «Presse Médicale» — 1913 —
Pág. 301.
- ROSSIER — La lutte contre le carcinome de l'uterus — «Annales de Gynécologie et d'Obstétrique» — 1905 — 1 — Pág. 152.
- H. GRAD — La pathologie des hemorragies utérines d'après l'analyse de 100 cas — «The American Journal of obstetrics and Gynecology» — Vol. v — Jan. 1923 — Pág. 37.
- G. DANIEL — La douleur dans le cancer du corps utérin — Gynécologie et obstétrique — 1922 — 1 — Pág. 178.
- M. BEGOUIN — Différenciation de l'origine de la douleur dans le cancer du col de l'uterus — «Presse Médicale» — 1914 —
Pág. 156.
- FLETCHER SHAW — The present position of the treatment of carcinoma of the cervix — «The British Medical Journal» — 1921 —
— Pág. 1101.
- MURET — Les surprises du curetage explorateur et le diagnostic du cancer de l'uterus — «Annales de Gynécologie et d'Obstétrique» — 1916 — Pág. 321.
- Mc. CANN — L'uterus précancereux — «Presse Médicale» — 1920 —
— Texte — Pág. 309.
- M. FORGUE — Traitement operatoire du cancer du col de l'uterus — «Presse Médicale» — 1919 — Pág. 577.
- V. CZERNY — Le traitement du cancer — «Presse Médicale» — 1912 — Pág. 23.

- SIDNEY FORSDIKE — Cancer of the cervix — «The British Medical Journal» — 1924 — Pag. 94.
- S. MOSSÉ — Conditions d'operabilité du cancer du col utérin — «Presse médicale» — 1924 — Pag. 131.
- A. MONJARDINO — Du cancer utérin — «Gynécologie et obstétrique» — 1920 — 1.
- CRUET — De l'utilité de l'examen cystoscopique dans le diagnostic d'operabilité du cancer du col de l'uterus — «Annales de gynécologie et d'obstétrique» — 1913 — Pag. 1 a 27 e 65 a 70.
- V. CANTONI — Cistoscopie et cathétérisme des uretères dans le diagnostic et dans la thérapeutique des cancers du col utérin — «Jornal de Chirurgie» — 1923 — 1 — Pag. 390.
- JACK MOCH E J. DORÉ — De la cistoscopie et du cathétérisme des uretères en gynécologie et en particulier dans le cancer de l'uterus — «Gynécologie e Obstétrique» — 1 — N.º 4 — 1920.
- JOÃO LOPES DO RIO — Tratamento do cancro uterino.
- LINCOLN DAVIS — End results of the surgical treatment of the carcinoma of the cervix uteri — «Annals of Surgery» — Vol. LXXVI — 1922 — Pag. 395.
- VICTOR BONNEY — The radical abdominal operation for carcinoma of the cervix — «The British Medical Journal» — 1921 — Pag. 1103.
- BERNARD DESPLAS — Indications, technique e soins consecutifs de l'operation de Wertheim pour cancer du col utérin — «Journal de Chirurgie» — 1 — 1922 — Pág. 337.
- A. GOSSET E R. MONOD — La parte actuelle de la chirurgie dans le traitement du cancer de l'uterus — «Journal de Chirurgie» — 1924 — 11 — Pag. 120.
- A. LETARJET E PH. ROCHET — De l'intérêt chirurgical du ganglion hipogastrique et des nerfs de l'uterus — «Journal de Chirurgie» — 1923 — 1 — Pag. 649.

- JOÃO V. MACEDO PINTO — Generalidades sobre a curieterapia do cancro — 1925.
- ROBERTO DE CARVALHO — O cancro e a radioterapia profunda — «Portugal Médico» — Julho de 1925 — Pag. 213.
- JOÃO D'ALMEIDA — Sobre rachianestesia — Separata do N.º 10 de 1924, do «Portugal Médico».
- JORGE MONJARDINO — Cancro do útero — Apontamentos para o estudo e regimento da sua profilaxia — 1925.
- G. ROUSSY E R. LEROUX — Diagnostic des tumeurs — 1921.
- JULIO FRANCHINI — Breves considerações sobre a terapêutica cirúrgica e sobre a profilaxia do cancro uterino — «Gazeta dos Hospitais» — 1910 — Pág. 2, 18 e 36.
- M. MARION — L'examen de la vessie dans les cancers du col utérin — «Presse Médical» — 1913 — Pag. 87.

ERRATAS MAIS IMPORTANTES

Pág.	Linha	Onde se lê	Deve lêr - se
3	4	histerectomia total	histerectomia abdominal total
26	4	mostram	mostra
81	1	é	foi